



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

Calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Nefrología

AUTOR

Flor Maritza CARRASCO REYES

ASESOR

Shirley Mylene CONTRERAS CARPIO

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Carrasco F. Calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2016.

1078



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : FLOR MARITZA CARRASCO REYES

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES
AMBULATORIOS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA TERMINAL EN EL
SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, 2015.

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA

Lima, 19 de agosto de 2016

Señora Directora
NELLY MARITZA LAM FIGUEROA
Directora de la Unidad de Post-Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA ha
examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido
calificado con nota de:

Dieciséis (16)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POST GRADO
Lic. Esp. JUANA CUBA SANCHEZ
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora

MG. TULA ESPINOZA MORENO

Mary

A Dios:

*Y a La Virgen María que son los que me
Iluminan y me dan la fortaleza necesaria
Para seguir con mis objetivos en la vida.*

*Y a todas las personas que contribuyeron
en la culminación del presente estudio, a
mi familia por ser mi apoyo incondicional
De seguir con mis objetivos trazados.*

A todo el personal docente del programa de segunda especialización en Enfermería en la Especialidad de Nefrología por su valiosas enseñanzas, comprensión, tolerancia y motivación en la culminación del presente trabajo de investigación.

Mi sincero agradecimiento a las autoridades del Hospital Dos de Mayo por las facilidades otorgadas, a los pacientes ambulatorios que asistieron al servicio de hemodiálisis por su valiosa participación en la culminación del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Situación Problemática	03
1.2. Formulación del Problema	06
1.3. Justificación	06
1.4. Objetivos	07
1.5. Propósito	08
APITULO II. MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes	09
2.2 Base Teórica	15
2.3 Definición Operacional de Términos	52
CAPITULO III. METODOLOGIA	
3.1. Nivel, Tipo y Diseño de la Investigación	53
3.2. Lugar de Estudio	53
3.3. Población de Estudio	54
3.4. Criterios de Selección	54
3.5. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	55
3.6. Procedimiento de Procesamiento; presentación, análisis e interpretación de la información.	55
3.7. Consideraciones Éticas	57
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	
3.1. Resultados	58
3.2. Discusión	62

CAPITULO V: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

4.1.	Conclusiones	65
4.2.	Recomendaciones	66
4.3.	Limitaciones	67
	Referencias Bibliográficas	68
	Bibliografía	72
	Anexos	74

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		Pág.
1	Calidad de Vida en los Pacientes Ambulatorios con Enfermedad Renal Crónica Terminal en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo.	70
2	Calidad de Vida en los Pacientes Ambulatorios con Enfermedad Renal Crónica Terminal en la dimensión física en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo	71
3	Calidad de Vida en los Pacientes Ambulatorios con Enfermedad Renal Crónica Terminal en la dimensión Psicológica en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo	72

RESUMEN

AUTOR: FLOR MARITZA CARRASCO REYES

ASESOR: SHIRLEY CONTRERAS CARPIO

El objetivo fue determinar la calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015. **Materia y Método.** El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario SF-36 modificado, aplicado previo consentimiento informado. **Resultados** del 100% (30), 37% (11), son mayores de 60 años, 27% (8), entre 50 – 59 años; 17 % (5), entre 40 – 49 años; 13 % (4) entre 18- 29 años; 2% (2) entre 30-39 años; Son de sexo masculino, 73% (22), y de sexo femenino; 27% (8). Refieren tener superior 13 % (4); estudios secundarios 40% (12); estudios de primaria 30% (9) y Analfabetos 17 % (5). Cuentan con trabajo dependiente 43% (13), independientes 30% (9) y desempleados 27% (8). Tienen entre 3 meses a < de 2 años de tratamiento 13% (4), entre 2 años a < de 5 años 27% (8), entre 5 años a más 60% (18). **Conclusiones.** La calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, la mayoría expresa que es poco saludable a no saludable, referido al impacto de la enfermedad en su salud física y en el estado psicológico, la cual afectan la percepción de su bienestar en su calidad de vida.

PALABRAS CLAVES:

CALIDAD DE VIDA, PACIENTE, HEMODIALISIS.

ABSTRACT

AUTHOR: FLOR MARITZA CARARSCO REYES

ADVISER: SHIRLEY CONTRERAS CARPIO

The objective was to determine the quality of life in outpatients with chronic kidney disease in the terminal service hemodialysis of the National Hospital two of May and 2015. **Material method.** The present study is quantitative, application level, descriptive cross-sectorial method. The population consisted of 30 patients. The technique was the survey instrument and the SF-36 questionnaire modified Likert scale applied prior informed consent. **Results:** 37% (11), age 60, 27% (8), between 50-59 years of age; 17% (5) between 40 - 49 years 13% (4) between 18- 29; 2% (2) between 30-39 years; They are male, 73% (22) and female; 27% (8). 13% reported having upper (4); secondary education 40% (12); primary education 30% (9) and Illiterate 17% (5). Have dependent work 43% (13), independent 30% (9) and unemployed 27% (8). Have between 3 months to <2 years of treatment 13% (4), from 2 years to <5 years 27% (8), from 5 years to over 60% (18). **Conclusions:** The quality of life in outpatients with chronic kidney disease in the terminal service hemodialysis of the National Hospital two of May, express majority that is not unhealthy to healthy, based on the impact of the disease on their physical health and the psychological state, which affect the perception of welfare in their quality of life.

KEY WORDS:

QUALITY OF LIFE, PATIENTS AND HEMODIALYSIS

PRESENTACIÓN

La Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), es considerado un problema de salud pública; por presentar una alta prevalencia e incidencia a nivel mundial. En las últimas décadas, en el Perú también se ha producido un incremento significativo en el número de personas que la padecen. Es una enfermedad con desenlace mortal a corto o mediano plazo que afecta muchas estructuras del cuerpo, por lo que se asocia también a reducción de la calidad de vida (CV). Hasta el momento no tiene cura, sin embargo, las terapias de sustitución renal desarrolladas para tratarlas permiten mantener y prolongar la vida.

La hemodiálisis (HD) es la terapia que se utiliza con mayor frecuencia a nivel mundial y en Perú también. Es un tratamiento altamente complejo que puede ser muy restrictivo e implica cambios profundos en el estilo de vida. Aun cuando la terapia dialítica permite a las personas prolongar su vida y garantizar su supervivencia, también afecta a la realización de sus actividades cotidianas. La modificación en su calidad de vida ha sido asociada, con incremento de riesgo de morbilidad y mortalidad en esta población.

La Organización Mundial de la Salud la definió la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus experiencias, sus normas, sus inquietudes”. Se trata de un concepto muy amplio que está influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto y su estado psicológico, su nivel de independencia, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

El presente estudio titulado “Calidad de Vida en los Pacientes Ambulatorios con Enfermedades Renales Crónicas Terminales en el

Servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo”, tuvo como objetivo Determinar la calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedades renales crónicas terminales en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo. Con el propósito de proporcionar información actualizada y formular estrategias destinadas a mejorar la calidad de vida y disminuir el riesgo de enfermar.

El estudio consta de, Capítulo I. Introducción, en el que se incluye la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco teórico en la que se expone antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología en la que se describe el nivel, tipo y diseño de la investigación, lugar de estudio, población de estudio, técnica e instrumento de recolección de datos, procedimiento de análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y discusión. Capítulo V. Recomendaciones, Limitaciones y Conclusiones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I INTRODUCCION

1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA

La Enfermedad Renal Crónica Terminal debido a su incremento en los últimos años constituye un problema de salud pública dada la repercusión en el aspecto biopsicosocial y cambio en su calidad de vida. Dentro de las causas tenemos las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus 43% a 50% y la hipertensión arterial de 20% a 30%, ambas enfermedades con una tendencia creciente principalmente en los países en desarrollo; asociado al envejecimiento poblacional, la obesidad y a otros factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, hábito de fumar, nutrición inadecuada, sedentarismo y otros. ⁽¹⁾

Según el informe de la situación de salud de la Enfermedad renal crónica terminal en Colombia para el 2009 la prevalencia de la enfermedad es de 45.4 pacientes por millón de habitantes, ⁽²⁾ en comparación con Latinoamérica con 38.1 ⁽³⁾ pacientes por millón de habitantes y en el Perú tenemos una incidencia de 81 pacientes por millón de habitantes con una incidencia entre varones y mujeres de 2/1 y según el grupo etareo tenemos de 20-44 años un 14%, de 45 a 64 años un 40% de 64 a 74 años un 22% y más de 75% un 14% según EsSalud del 2009. ⁽⁴⁾

La Enfermedad Renal Crónica Terminal se define como una patología que afecta estructural y/o funcionalmente los riñones y se determina por los siguientes criterios; daño renal con o sin disminución por más de 3 meses y manifestada por cambios en la composición de la sangre, orina y función renal disminuida, con TFG < 60 ml/min/1.73 m² presente por

mayor o igual a 3 meses con o sin evidencia a daño renal. ⁽⁵⁾

La Enfermedad Renal Crónica Terminal o cuando esta progresa en un estadio en el cual la función renal se vuelve obsoleta o despreciable, para poder mantener la vida es necesario implantar tratamientos como la hemodiálisis y el trasplante renal, para que sustituyan las labores renales.

La Hemodiálisis (cuando se emplea el riñón artificial) es una terapia intermitente que se realiza, convencionalmente, 3 veces por semana, en un periodo que oscila entre 3 y 4 horas, durante el tratamiento el paciente presenta complicaciones como nauseas, cefaleas, calambres y vómitos. Además obliga al paciente a restricciones importantes en su dieta y la ingesta de líquidos durante el tiempo que va de un tratamiento a otro, crea una extraordinaria dependencia, tanto objetiva como psicológica, al riñón artificial, limita su actividad social y laboral y deterioran su entorno familiar.

El paciente con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis, con frecuencia presenta múltiples limitaciones y suele sufrir cambios físicos, psicológicos y sociales en su estilo.

Por lo que la calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa y social; entre otras. Según la Organización Mundial de la Salud, calidad de vida es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Calidad de Vida no es solo sinónimo de vivir muchos años, sino en las mejores

condiciones, mantenimiento de las capacidades funcionales del ser humano que pueden verse afectadas tanto físicas, psicológicas y socialmente. (7)

El desarrollo de las técnicas dialíticas ha producido un efecto mayor sobre la duración de la sobrevida de estos pacientes. Sin embargo, en sistemas cada vez más influenciados por el aspecto económico y el alto costo de los tratamientos, en algunas oportunidades se pone en duda la justificación de los mismos y queda aún pendiente dilucidar su verdadero impacto sobre otro aspecto fundamental como es la calidad de vida del paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Como consecuencia existe un interés creciente en el desarrollo de metodologías para cuantificar el efecto tanto de la patología, como de las medidas terapéuticas aplicadas sobre esta calidad de vida. Estas metodologías varían desde aquellas basadas en la apreciación objetiva de un observador externo, hasta las que toman en cuenta al paciente como fuente subjetiva del impacto provocado por la enfermedad en su vida cotidiana. Esta última forma, en la cual el propio paciente es la fuente de información, se considera hoy como la verdaderamente válida. Los resultados deben ser reproducibles, sirviendo para hacer comparaciones en distintos tiempos, momentos y lugares.

Las personas con enfermedad renal crónica terminal durante el tratamiento de la enfermedad van a presentar diferentes síntomas que deterioran su calidad de vida, tanto en el bienestar físico, psicológico y social. EL adaptarse a la nueva rutina como ir a la sesión de hemodiálisis 3 veces por semana y estar sentado de 3 a 4 horas, cambios en la dieta como evitar las carnes, el consumo de líquidos, ensaladas y frutas frescas; entre otras hacen estas restricciones sean

difíciles de continuar, además de que no permite celebrar en eventos familiares como los demás para evitar complicaciones como la sobrecarga de líquidos para la siguiente sesión de hemodiálisis, y en el trabajo pedir permiso para el tratamiento, dejar trabajos que requieran fuerza física por la presencia de la fistula en el brazo y los problemas familiares que agobian al paciente y el estrés lo cual repercute en su tratamiento.

Al interactuar con los pacientes refieren “estoy cansado de estar sentado para la hemodiálisis, he pedido permiso y mi jefe me mira molesto, no puedo viajar por mi tratamiento, quiero tomar agua por la sed y no puedo me hincho, durante el tratamiento se me baja la presión, tengo que cuidar de no subir de peso, entre otras expresiones. Por lo que surgen las interrogantes, ¿Cuál es la actitud de los pacientes sobre su calidad de vida durante la hemodiálisis?, ¿cuál es percepción del paciente en hemodiálisis sobre la calidad de vida?, entre otras.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015?

1.3 JUSTIFICACION

La enfermedad renal crónica terminal es una enfermedad con una mayor incidencia en la población la incidencia de pacientes con

enfermedad renal crónica terminal ha ido creciendo aproximadamente en un 10% por año, cifra equivalente a 500-600 personas adicionales al año.

El deterioro lento y progresivo de la Enfermedad Renal Crónica Terminal afecta y modifica su forma de vivir y por ende su calidad de vida en los aspectos físicos, sociales y psicológicos. Por lo que la enfermera en el servicio de hemodiálisis debe identificar precozmente los diferentes aspectos que afectan la calidad de vida en el paciente a fin de fomentar estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida, mediante actividades de promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento de la calidad de vida para así contribuir a mejorar la calidad de vida en el aspecto bio-psico-social-espiritual del paciente.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

- Determinar la calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar la calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en la dimensión física en el servicio de hemodiálisis.
- Identificar la calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en la dimensión psicológica en el servicio de hemodiálisis.

1.5 PROPOSITO

El estudio está orientado a proporcionar información actualizada a las autoridades de la institución, al departamento de enfermería, enfermera jefe del servicio de hemodiálisis, que le permita no solo reflexionar sobre los hallazgos, sino también diseñar programas de educación para la salud destinado a mejorar la calidad de vida del paciente, promoviendo la adopción de estilos de vida saludable y mejorar la calidad de vida.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A NIVEL INTERNACIONAL:

Cruz Tovar Graciela, el 2005, en México, realizo un estudio titulado “Calidad de vida en pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal en el Hospital General Dr. Miguel Silva 2005”, cuyo objetivo fue analizar la calidad de vida que tienen los pacientes sometidos al tratamiento de diálisis peritoneal. El método fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 30 pacientes. La técnica fue la encuesta y el instrumento el test Beck. Dentro de las conclusiones investiga que:

La dimensión física de cada paciente y la percepción que tiene de su salud antes y actualmente del inicio del tratamiento de diálisis peritoneal, se obtuvo 0.16 en estadística significativa que los pacientes se encuentran entre bien y regular. La dimensión Psicológica o emocional se analizó la percepción de la depresión como factor importante para la calidad de vida de estos pacientes, se obtuvo 0.10 que nos indica que se encuentran entre bien a regular estado de ánimo. La dimisión social sobre las relaciones interpersonales y sus roles sociales, se llegó 0.001 esto indica que se encuentran entre buena a regular. (9)

Mera Santander, Marcela Lorena, Valdivia, en Chile, el 2007, realizo un estudio sobre “Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial Sur. Osorno. Chile 2006”, el Objetivo fue Describir la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en el Centro Médico Dial-Sur de la ciudad de Osorno. El método de tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La muestra fue de 30 pacientes, la técnica fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario Calidad de vida de vida SF36. Las conclusiones fueron entre otras que:

“En la Dimensión Función Física: el 68.2% la califica Buena, es decir, que solo alguna vez, la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc. Y sólo el 22.7% de los pacientes la califica como Mala. Dimensión Función Social: el 59.1% la califica de Regular, es decir, que algunas veces los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social del paciente. Dimensión Salud Mental: el 77.3%, la califica de Muy Buena, es decir, que algunas veces, el paciente se ha sentido en completo bienestar psicológico.” (10)

Franco Cunha, Zatta Telesen, en Brasil, el 2011 realizó un estudio titulado “Evaluación de la calidad de vida de los pacientes de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis”, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida de las personas con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en hemodiálisis, a través de KDQOL TM-SF. El método fue descriptivo, nivel aplicativo y tipo cuantitativo, utilizando como instrumento para recolectar datos el KDQOL-SF, en una muestra de 32 pacientes con insuficiencia renal crónica. La técnica fue la encuesta y el instrumento fue un formulario tipo Escala de Lickert. Las conclusiones entre otras fueron:

“La disponibilidad entre los datos presentados muestran que las puntuaciones más altas pueden estar enmascaradas por la dificultad de abordar la cuestión de la sexualidad, generando la no confianza en el resultado, ya que en el estudio de Lemos y Santos¹², casi el 100% de los pacientes masculinos

presentan disfunción sexual y Cordeiro¹⁰ también destaca la preocupación por las puntuaciones más altas en su estudio, pues encontró en la literatura que existe un deterioro grave de la función sexual en estos pacientes. Otro aspecto que mostro resultados significativos fue la calidad de interacciones sociales (75.00). Los encuestados mostraron su disposición a socializar con sus familias haciendo hincapié en la importancia de esta interacción en la lucha contra la enfermedad renal” (11)

Peña Pérez, Belem, Terán, M., Moreno F., y Bazán M. en México, el 2009, realizaron un estudio sobre “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE” con el objetivo de conocer la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, considerando diferentes aspectos para establecer una conducta que permita realizar acciones preventivas. El método fue descriptivo, de corte transversal, considerándose la “Guía para la tutoría de proyectos de investigación en Medicina Familiar”. La muestra estuvo conformada por 150 pacientes adscritos a la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, con promedio de edades de 72 años, se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas y la escala de medición fue nominal. El instrumento fue el cuestionario breve de la calidad de vida, la técnica fue la encuesta. Se concluyó que:

“El 18.7% menciono sentirse nada satisfecho con su salud”, 20% reporto insatisfacción en la relación con sus hijos y 24.7% considero valerse por sí mismo para realizar actividades de manera regular. La percepción de la calidad de vida es relacionada de manera directa con las relaciones interpersonales. La población encuestada no busca atención médica, aunque tiene alguna enfermedad, lo que refleja su calidad de vida.” (12)

A NIVEL NACIONAL:

Arteaga Llacza, Patricia en Perú, el 2009 realizó un estudio titulado “Calidad de Vida del paciente oncológico que participa en estudios clínicos de investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, el cual tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de pacientes oncológicos que participan en estudios clínicos de investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 50 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento una escala de Likert modificado. Entre las conclusiones tenemos que:

“La mayoría presentan una calidad de vida poco saludable relacionado a que experimentan dolor, astenia, cansancio, irritabilidad, presentan dificultad para recordar las cosas, sienten que su tratamiento ha interferido en sus relaciones sociales. En la dimensión física perciben su calidad de vida como poco saludable referido a que presentan dificultad para realizar actividades que requieran esfuerzo importante, duerme con dificultad, siente dolor en alguna parte de su cuerpo, experimenta síntomas colaterales de los tratamientos, experimenta cansancio; en la dimensión psicológica presentan una calidad de vida poco saludable referido a que se siente triste, decaído e irritable y no recibe apoyo por parte de su entorno familiar y en la dimensión social presenta una calidad de vida poco saludable”. (13)

Sáenz Carhuamaca, Zhenaida, en Perú, el 2010, realizó un estudio titulado “Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida en el servicio de quimioterapia del Hospital Nacional Cayetano Heredia”, el cual tuvo como objetivo: determinar la percepción del paciente oncológico sobre su calidad e identificar la percepción según dimensiones. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo

conformada por 32 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento la escala modificada de Likert. Entre las conclusiones a las que llegó el estudio tenemos que:

“La mayoría tiene una percepción medianamente favorable referido a que se sienten débil desde que iniciaron la quimioterapia, mantienen la concentración cuando leen y refieren que la frecuencia de salidas con sus amistades sigue igual que antes; seguido de un porcentaje menor de desfavorable que está dado por que expresan que tienen dificultad para comer por sí solo; por su enfermedad sienten que valen poco y le es difícil asumir responsabilidades familiares y un mínimo porcentaje de favorable referido que pueden vestirse y bañarse por sí solo, afrontan con actitud positiva su enfermedad, y se sienten capaz de asumir responsabilidades familiares” ⁽¹⁴⁾

Fenco Asalde, Maritza, el 2010, en el Callao – Perú, realizó un estudio sobre “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el Hospital Daniel Alcides Carrión”, con el objetivo de determinar la Autopercepción sobre la calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 50 pacientes, la técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario, tomándose en cuenta preguntas del cuestionario Breve de la Calidad de Vida. Concluyendo que:

“La mayoría de adultos mayores con Diabetes Mellitus presentan una Autopercepción regular sobre su calidad de vida, lo que indica que aspectos como la disfunción sexual, el insomnio, la depresión y déficit de memoria afectan la percepción del individuo sobre su calidad de vida, no considerándola buena. Para que esto sea posible, es importante que el adulto mayor aprenda a vivir con su enfermedad, manteniendo una buena autoestima, estar satisfecho con su vida, disfrutar del tiempo libre, mantener buenas relaciones sociales y familiares y tener seguridad económica.” ⁽¹⁵⁾

Flores Flores, Rosita Dina, Díaz La Torre, Cristian, el 2012, en Tarapoto – Perú, realizaron un estudio sobre “Evaluación de la Calidad de Vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal que reciben Diálisis Peritoneal Ambulatoria continua. Hospital II EsSalud Tarapoto. Junio - Noviembre 2012”, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que se realizan diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II EsSalud. El método fue descriptivo simple, la población fue de 31 pacientes, la técnica fue la entrevista y el instrumento un Cuestionario Genérico de la Calidad de Vida SF-36. La conclusión fue entre otras que:

“La calidad de vida de los pacientes según el componente de salud física es mala en la mayoría de las dimensiones; en el componente de salud mental es buena en todas las dimensiones. Donde las características socio demográficas más resaltantes, obtenidas de la población de estudio fueron: la edad promedio de 53 a 63 años, con un 32, 3%; género masculino 58,1%; nivel de estudio 22,6% superior universitaria completa y primaria completa respectivamente y lugar de procedencia Tarapoto e el 48,4% de los casos. En la dimensión de función física el 58,1% reportó estado de salud que limita las actividades físicas de su vida diaria y 41,9% estado positivo de salud. El 71,0% reportó rol físico malo, produciendo como consecuencia un rendimiento en el trabajo y otras actividades diarias menor del deseado, y 29,0% se ubicó en rol físico bueno. El 61,3% refirió padecer intensidad de dolor bueno, lo cual no tiene efecto en su trabajo habitual y en las actividades del hogar del paciente y 38,7% intensidad de dolor malo; lo cual tiene efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar del paciente. El 54,8% refirió estado negativo de salud en general y 45,2% reportó estado positivo de salud. En la dimensión vitalidad, el 71,0% refirió sentimiento de energía y vitalidad buena frente al cansancio y desánimo y 29,0% vitalidad mala, es decir presentan cansancio y desánimo; en la dimensión función social el 61,3% refirió que el grado de los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de su salud no

interfieren en su vida social habitual y 38,7% que interfieren en su vida social habitual. En la dimensión rol emocional el 51,6% refirió que los problemas emocionales no afectan su trabajo y otras actividades diarias, y 48,4% refirieron que afectan su trabajo y otras actividades diarias. El 51,6% valoraron su salud mental en general en buena, indicando que se ha sentido y le han ido bien las cosas durante las últimas cuatro semanas y 48,4% valoraron su salud mental en general en mala.” (16)

Por los antecedentes mencionados se puede evidenciar que estos han permitido diseñar la estructura de la base teórica y la metodología, siendo necesario realizar el estudio a fin de diseñar, estrategias, orientadas a mejorar la calidad de vida del paciente con hemodiálisis.

2.2. BASE TEORICA

GENERALIDADES DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL

La enfermedad renal crónica terminal se define como una patología que afecta estructural y/o funcionalidad de los riñones, que se determina por los siguientes criterios: evidencia de daño renal con o sin disminución por más de 3 meses y manifestada por cambios en la composición de la sangre u orina y función renal disminuida, con TFG < 60 ml/min/1.73 m² presente por mayor o igual a 3 meses con o sin evidencia a daño renal. Todo paciente con enfermedad renal crónica terminal debe seguir estudios que determinen el estadio evolutivo, la potencial reversibilidad de la enfermedad, el pronóstico y permitan optimizar las opciones terapéuticas. (17)

ETAPAS INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

Estadio	Grado	FG (ml/min/1,73 m ²)
1	Daño renal con FG normal	> = 90 ml/min
2	Leve disminución de la FG	60-80 ml/min
3	Moderada disminución de la FG	30-59 ml/min
4	Severa disminución de la FG	15-29 ml/min
5	Insuficiencia renal crónica terminal	< 15 o diálisis

Fuente: Guía de la Práctica Clínica del Manejo de la Enfermedad renal Crónica 2010.

ENFERMEDAD RENAL CRONICA

Es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. El cual su principal es eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo. La Enfermedad Renal Crónica es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere Terapia de Reemplazo Renal, es decir diálisis o trasplante para poder vivir. ⁽¹⁸⁾

Etiología: Las causas de IRC se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas.

Fisiopatología: Comprende mecanismos específicos de acuerdo a la etiología, mismos que son progresivos provocando reducción de la masa renal.

Esta reducción, provoca un mecanismo compensatorio por medio del cual se produce hipertrofia estructural y funcional de las nefronas no afectadas. La hipertrofia producida es mediada por moléculas

vasoactivas, citoquinas y factores de crecimiento, provocando una hiperfiltración adaptativa. Es mediada por incremento en la presión y Es mediada por incremento en la presión y el flujo capilar glomerular.

ESTADIOS

La Enfermedad Renal Crónica se divide en cinco estadios según la TFG y la evidencia de daño renal.

El estadio 1: Se caracteriza por la presencia de daño renal con TFG normal o aumentada, es decir mayor o igual a 90ml/min/1.73m². Por lo general la enfermedad es asintomática. Las guías de la National Kidney Foundation clasifican a los pacientes que tienen diabetes y micro albuminuria con una Tasa de Filtración Glomerular normal en el estadio 1. (19)

El estadio 2: Se establece por la presencia de daño renal asociada con una ligera disminución de la Tasa de Filtración Glomerular entre 89 y 60 ml/min/1.73m². Usualmente el paciente no presenta síntomas y el diagnóstico se realiza de manera incidental.

El estadio 3: Es una disminución moderada de la Tasa Filtración Glomerular entre 30 y 59 ml/min/1.73m². Se ha dividido el estadio 3 en dos etapas:

- La etapa temprana 3a, pacientes con Tasa Filtración Glomerular entre 59 y 45 ml/min/1.73m² y la etapa
- Tardía 3b con Tasa de Filtración Glomerular entre 44 y 30 ml/min/1.73m². Al disminuir la función renal, se acumulan sustancias tóxicas en el torrente sanguíneo que ocasionan uremia. Los pacientes comúnmente presentan síntomas y complicaciones típicas de la como hipertensión, anemia y alteraciones del

metabolismo óseo. Algunos de los síntomas incluyen fatiga relacionada con la anemia, edema por retención de agua corporal, dificultad para conciliar el sueño debido a prurito y calambres musculares, cambios en la frecuencia urinaria, espuma cuando hay proteinuria y coloración oscura que refleja hematuria. Se aumentan los riesgos de enfermedad cardiovascular.

El estadio 4: se refiere a daño renal avanzado con una disminución grave de la Tasa de Filtración Glomerular entre 15 y 30 ml/min/1.73m². Los pacientes tienen un alto riesgo de progresión al estadio 5 y de complicaciones cardiovasculares. A los síntomas iniciales del estadio anterior se agregan náusea, sabor metálico, aliento urémico, anorexia, dificultad para concentrarse y alteraciones nerviosas como entumecimiento u hormigueo de las extremidades.

El estadio 5: o insuficiencia renal crónica terminal, la Tasa de Filtración Glomerular cae por debajo de 15 ml/min/1.73m². En este estadio el tratamiento sustitutivo es requerido.

SÍNTOMAS

Al disminuir el número de nefronas, la capacidad de filtrado de la sangre también disminuye y se presenta **poliuria** (producción y expulsión de gran cantidad de orina) y una acumulación de sustancias nitrogenadas en la sangre.

Se altera también la función hormonal del riñón, que produce menos eritropoyetina (proteína encargada de la regulación de la producción de los glóbulos rojos y, por lo tanto, implicada en el transporte de oxígeno en la sangre) y menos calcitriol (forma activa de la vitamina D responsable de la absorción del calcio en el organismo). A

consecuencia de esta alteración el paciente desarrollará **anemia** y un déficit de calcio.

Los síntomas que acompañan a la insuficiencia renal crónica dependen de la velocidad de instauración y de la fase en que se encuentre la enfermedad. Cuando el filtrado glomerular se ha reducido a la mitad o menos de lo normal el paciente se mantiene sin síntomas. Pero cuando el filtrado se encuentra entre un 25% y un 35% de lo normal, aparecen las manifestaciones iniciales, porque se empiezan a acumular urea y creatinina en la sangre.

La evolución de la enfermedad origina un aumento de la urea en sangre y casi siempre aparecen sus manifestaciones iniciales, siendo las más frecuentes la **hipertensión arterial** y la anemia; otras alteraciones incluyen intolerancia a los hidratos de carbono, aumento del ácido úrico y de los triglicéridos, y disminución de la capacidad de concentración urinaria, que hace que el paciente orine mucho, y más de lo normal también durante la noche (nicturia). A pesar de estas alteraciones los pacientes al principio se encuentran bien; sin embargo, cualquier proceso como una infección, una obstrucción urinaria, deshidratación, o la administración de fármacos que puedan dañar el riñón, puede deteriorar aún más la función renal y aparecer entonces la sintomatología florida de insuficiencia renal avanzada. (20)

El síndrome urémico es el estadio final de la evolución de la insuficiencia renal, y se manifiesta por una afectación de varios órganos a causa de la retención de sustancias, las alteraciones hormonales, los cambios metabólicos y los trastornos en el equilibrio de iones. El síndrome urémico es una entidad grave, y antes de que se empleara el tratamiento con diálisis y el trasplante, su aparición significaba una muerte a corto plazo, generalmente a consecuencia de

problemas cardiovasculares.

A continuación se detallan los síntomas más frecuentes de la insuficiencia renal crónica, clasificados según los órganos que se ven afectados:

Aparato digestivo:

- Anorexia.
- Vómitos matutinos.
- Aliento urémico, característico por tener olor a pescado o amoníaco, debido a la acumulación de sustancias que deberían ser excretadas por la orina.
- Diarreas.
- Hemorragia digestiva y úlceras.
- Obstrucciones.

Aparato cardiovascular:

- Hipertensión arterial (complicación más frecuente).
- Aterosclerosis generalizada, (el infarto agudo de miocardio es la causa más frecuente de muerte en estos enfermos).
- Insuficiencia cardíaca, debida a la retención de líquidos.

Sistema nervioso:

- Polineuropatía urémica: dolor agudo principalmente en los pies, que con el tiempo evoluciona a debilidad y atrofia muscular.
- Encefalopatía urémica: somnolencia, confusión y, a veces, convulsiones, coma y muerte.
- Demencia dialítica por acumulación de aluminio: alteración del estado mental y la memoria, que puede llevar a la muerte si no se corrige.

- Síndrome de desequilibrio: cuando hay diálisis rápidas o con líquido de diálisis inadecuado. Puede ocasionar la muerte y debe repetirse la sesión de diálisis de forma adecuada.

Piel:

- Picor.
- Coloración amarillenta, por la acumulación de unas sustancias llamadas urocromos.
- Alteración en la curación de las heridas.
- Escarcha urémica: restos de polvo blanco tras sudar, debido a la elevada concentración de urea en el sudor.

Sistema endocrino (alteraciones hormonales):

- Ausencia de menstruación.
- Impotencia.
- Disminución de la libido

Sangre periférica:

- Anemia.
- Infecciones.
- Hemorragias

Trastornos metabólicos:

- Hiperglucemia por intolerancia a la glucosa.
- Aumento de los triglicéridos.
- Descenso de las HDL (“colesterol bueno”).

Trastornos pulmonares:

- Edema pulmonar, con alteración de la función respiratoria.
- Pleuritis: complicación terminal, que consiste en inflamación de la pleura, que es la capa que recubre los pulmones.

El tratamiento de estas dos alteraciones es la diálisis.

Trastornos reumatológicos:

- Debilidad muscular.
- Artritis.

Trastornos del agua y la sal:

- En fases iniciales puede haber pérdidas de sodio y agua, al haber problemas para concentrar la orina. Sin embargo, en fases avanzadas puede ocurrir lo contrario, es decir, retención y aumento de sodio y agua.

Alteraciones en los iones corporales:

- Aumento del potasio, aunque se mantiene normal hasta fases muy avanzadas, y el calcio disminuye, lo cual tiene repercusión sobre los huesos, pudiendo producir una asociación de patologías denominada osteodistrofia renal, que engloba afecciones como osteoporosis, osteomalacia (enfermedad caracterizada por el reblandecimiento de los huesos por una calcificación defectuosa), osteítis fibrosa quística (el hueso es sustituido por tejido fibroso), osteoesclerosis (proliferación de tejido conjuntivo) y alteraciones del crecimiento óseo. ⁽²¹⁾
- La osteomalacia y la osteítis fibrosa quística provocan una tendencia a las fracturas espontáneas, resultando las costillas los huesos más afectados.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico en las fases iniciales suele ser casual, debido a una determinación rutinaria de urea o creatinina, o al estudiar otra enfermedad, que suele ser la diabetes, lupus, diabetes, hipertensión, arteriosclerosis (ya que frecuentemente se asocia la insuficiencia renal crónica a estas enfermedades). El diagnóstico de la insuficiencia renal crónica se basa en las manifestaciones clínicas que presenta el paciente, así como en las alteraciones que se pueden apreciar en los análisis de sangre, que consisten en un aumento de la urea por encima de 40 mg/dl, un aumento de la creatinina por encima de 1,2 mg/dl, una disminución de los niveles de hemoglobina, hematocrito, sodio y calcio, y un incremento de fósforo, potasio y magnesio, así como de la hormona paratiroidea (PTH).

En una prueba de imagen (ecografía), se aprecia que el riñón ha disminuido de tamaño y presenta una alteración en su estructura habitual.

TRATAMIENTO

Además de la enfermedad renal primaria, hay otros factores que influyen en la progresión de la insuficiencia renal crónica, como la hipertensión arterial no controlada, las infecciones urinarias, la obstrucción de la vía urinaria, y la ingestión importante de analgésicos, entre otros. La insuficiencia renal crónica no tiene curación en la actualidad y, en general, la enfermedad avanza aunque se mantengan bajo control los factores mencionados. (22)

El tratamiento de la enfermedad renal crónica por lo tanto, se orientará a:

- Intentar neutralizar el daño existente en el momento del diagnóstico.
- Evitar los factores asociados a la insuficiencia renal, que puedan provocar y potenciar las lesiones renales anteriormente citadas.
- Evitar los factores que provocan esclerosis glomerular, como el exceso de proteínas y la hiperglucemia y, de esta manera, retrasar la evolución de la enfermedad.
- Ir tratando los síntomas y afecciones que aparezcan a medida que progresa la insuficiencia renal.
- Conducta dietética en el síndrome urémico: Es fundamental llevar un control de la nutrición en la insuficiencia renal.

Objetivos

- Ralentizar la progresión de la insuficiencia renal y mejorar la sintomatología urémica reduciendo la ingesta de proteínas.
- Normalizar el equilibrio interno ajustando la ingesta de agua, electrolitos y minerales, y restaurar y mantener un buen estado nutricional.

PAUTAS BÁSICAS

- Controlar y reducir normalmente la ingesta de fósforo, proteínas, potasio (en fases avanzadas).
- A su vez hay que controlar y administrar la cantidad de calcio, fósforo, bicarbonato, hierro (en ocasiones se necesita eritropoyetina, más conocida como 'EPO', para controlar la anemia).
- Control de la Hipertensión arterial; muy importante para evitar la progresión de la enfermedad.

TRATAMIENTO EN ENFERMEDADES RENALES

Cuando el paciente se encuentra en la etapa Enfermedad Renal Crónica Terminal deberá recibir uno de los siguientes tratamientos:

Trasplante Renal: Es un procedimiento quirúrgico para implantar un riñón sano en un paciente con insuficiencia renal. El trasplante renal es una práctica de uso corriente y no experimental en el mundo y en nuestro país, existiendo aun la falta de cultura de donación de órganos.

Diálisis: es el procedimiento por el cual se reemplaza la función de los dos riñones dañados por un filtro que purifica la sangre. Hay dos formas de diálisis:

- **Diálisis Peritoneal:** Cuando el tratamiento se hace a través del abdomen.
- **Hemodiálisis:** Se emplea la máquina de hemodiálisis denominada Riñón Artificial, este tratamiento es más utilizado en la actualidad; por lo cual ampliamos esta información con fines de investigación.

La hemodiálisis extrae la sangre del paciente y hace circular por un tubo hacia el filtro de diálisis. Este filtro está dividido en dos espacios por medio de una membrana semipermeable: por un lado pasa la sangre y por el otro el líquido de diálisis (dializador).

La membrana contiene poros que permiten el paso de sustancias de desecho y del agua desde hacía el líquido de diálisis, pero no permite el paso de otras sustancias como los glóbulos rojos, blancos, proteínas de tamaño grande, hormonas, etc. Este proceso se llama “difusión”.

En la diálisis, la sangre está llena de sustancias tóxicas y el líquido de

diálisis no las contiene, por lo que se tiende a igualar las concentraciones. Sale sangre limpia que retorna al paciente y entra sangre con toxinas; por otro lado sale dializado con toxinas y entra dializado sin ellas, dándose siempre la diferencia de concentración necesaria para poder limpiar las toxinas de manera continua.

Se necesita extraer el agua que se ha acumulado en el cuerpo ya que aumenta la presión arterial y el trabajo del corazón y para ello se genera un aumento de la presión arterial del compartimiento de la sangre dentro del filtro que empuja al líquido contra la membrana forzándolo a atravesarla hacia el compartimiento del dializado, por donde es eliminado: proceso de “ultrafiltración” u “osmosis”.⁽²³⁾

Para que el tratamiento sea eficaz tiene que cumplirse unas condiciones:

Tiempo de duración: 4 horas: frecuencia 3 sesiones por semana; y la cantidad de sangre que puede circular por el riñón artificial.

COMPLICACIONES EN HEMODIALISIS

Las complicaciones que se presentan en los pacientes con tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis), en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales los cuales describen a continuación:

BIOLOGICAS: Son todos los signos y síntomas que afectan al paciente en hemodiálisis. ⁽²⁴⁾

- **Cambios rápidos en la presión arterial**

La velocidad a la que se elimina el agua de la sangre durante la

hemodiálisis puede provocar una caída repentina de la presión arterial. Esto hace que algunos pacientes se sientan indispuestos, durante, después de la sesión de tratamiento. Pueden presentarse desvanecimiento, vómitos, calambres, pérdida temporal de la visión, dolor de pecho, irritabilidad y fatiga.

- **Hipotensión**

Durante la sesión de hemodiálisis, es normal que el organismo pierda fluidos y sal, lo que puede causar hipotensión (presión arterial baja). Puede sentirse mareado, sudoroso o con náuseas e incluso presentar calambres en las piernas o dolores de cabeza durante la diálisis u otros momentos. El médico puede resolver alguno de estos problemas ajustando su diálisis. También puede ser útil que siga su dieta y límite de consumo de líquidos.

- **Hipercalemia**

La hipercalemia es causada por demasiado potasio en la sangre y puede interferir con el ritmo cardíaco. La hipercalemia grave puede hacer que el corazón se pare, a la mayoría de pacientes en hemodiálisis se les pide la ingesta de potasio.

- **Sobrecarga de líquidos**

Los pacientes en hemodiálisis muchas veces presentan un estado denominado sobrecarga de líquidos entre sesiones de diálisis. El agua en exceso se recolecta bajo la piel, en los tobillos y en alguna otra parte del cuerpo, incluido los pulmones. Para evitar sobrecarga de líquidos, los pacientes en hemodiálisis deben limitar la cantidad de

líquidos que consumen, esto ayuda a evitar problemas causados por los cambios físicos rápidos durante la hemodiálisis.

Las restricciones en la ingestión de líquidos para los pacientes en hemodiálisis son más severas que para los pacientes con diálisis peritoneal.

- **Calambres**

Es un síntoma que se presenta con frecuencia cuando el paciente se le extrae demasiado líquido o por falta de electrolitos

- **Cansancio**

El cansancio es ocasionado por la anemia debido a la falta de la hormona eritropoyetina, que el riñón ya no produce.

- **Dolor**

La osteodistrofia renal no es el único caso de dolor de huesos en los pacientes con enfermedad renal crónica terminal. El dolor de huesos también puede ser causado por un estado denominado amiloidosis por diálisis. También ocasionado por la canalización de las cánulas en cada sesión de hemodiálisis.

- **Transmisión de virus**

Algunos pacientes se preocupan de contraer virus transmitidos en la sangre, como hepatitis B , C o VIH. Todas las unidades renales toman medidas por un estado denominado amiloidosis por diálisis. También ocasionado por la canalización de las cánulas en cada sesión de hemodiálisis.

- **Perdida de la independencia**

Los pacientes en hemodiálisis tienen “días libres”, algunos sienten que es una carga tener que acudir a la unidad renal o a la unidad de autocuidados varias veces a la semana. Otros problemas potenciales con hemodiálisis, que se describen a continuación tienen relación con el acceso.

Fistulas; no todas las fistulas trabajan perfectamente. Algunas nunca se desarrollan en una vena bastante grande. Algunas funcionan bien durante años y luego de repente se interrumpen. En cualquier caso tendrá que hacerse una nueva fistula (o algunas veces un injerto) en otra parte del cuerpo. Solo en algún número limitado de venas puede hacerse una fistula. Es importante el cuidado de la fistula. El acceso puede ser un problema específico para pacientes con diabetes o para los niños puesto que los vasos sanguíneos son muy estrechos. Algunos pacientes pueden tener problemas de sangrado de la fistula durante o después de la diálisis.⁽²⁵⁾

Las fístulas arteriovenosas son reconocidas como el método de acceso más adecuado. Para crear una fístula arteriovenosa, un cirujano vascular junta una arteria y una vena a través de anastomosis. Puesto que esto puentea los vasos capilares, la sangre fluye en una tasa muy alta a través de la fístula. Esto se puede sentir colocando un dedo sobre una fístula madura, se percibirá como un "zumbido" o un "ronroneo". Esto es llamado el "thrill" ("frémido").

Las fístulas se crean generalmente en el brazo no dominante, y se pueden situar en la mano (la fístula 'Snuffbox' o 'tabacalera'), el antebrazo (usualmente una fístula radiocefálica, en la cual la arteria radial es anastomosada a la vena cefálica) o el codo (usualmente una

fístula braquiocéfala, donde la arteria braquial/humeral es anastomosada a la vena cefálica). Una fístula necesitará un número de semanas para "madurar", en promedio quizás de 4 a 6 semanas. Una vez madura podrá usarse para realizar la hemodiálisis, durante el tratamiento, dos agujas son insertadas en la fístula, una para drenar la sangre y llevarla a la máquina de diálisis, y una para retornarla.

Las técnicas utilizadas para la punción de la fístula arteriovenosa son las siguientes: Punción por área (un área determinada para la punción venosa y otra para la punción arterial), punción en escala (una a continuación de la otra, utilizando la superficie de la fístula arteriovenosa en toda su longitud) y punción en ojal (punciones en el mismo sitio).

Las ventajas del uso de la fístula arteriovascular son índices de infección más bajos, puesto que no hay material extraño implicado en su formación, caudales más altos de sangre (que se traduce en una diálisis más eficaz), y una incidencia más baja de trombosis.

Catéteres de Hemodiálisis pueden dejar de trabajar porque se obstruyen con los coágulos sanguíneos. Si esto sucede, tendrá que ser sustituido; solo un número limitado de venas son convenientes para la inserción de un catéter.

El Catéter temporal para realizar la hemodiálisis. El acceso de catéter, llamado a veces un Catéter venoso central, consiste en un catéter plástico con dos luces, u ocasionalmente dos catéteres separados, que es insertado en una vena grande (generalmente la vena cava, vía la vena yugular interna o la vena femoral, para permitir que se retiren por una luz grandes flujos de sangre para entrar al circuito de la diálisis, y

una vez purificada vuelva por la otra luz. Sin embargo el flujo de la sangre es casi siempre menos que el de una fístula o un injerto funcionando bien.

El acceso de catéter es generalmente usado para acceso rápido para diálisis inmediata, para acceso entubado en pacientes que se considera que probablemente se recuperarán de una falla renal aguda, y pacientes con falla renal terminal, que están esperando a que madure el acceso alternativo, o los que no pueden tener acceso alternativo.

Usualmente, el acceso de catéter es popular entre los pacientes, pues el acceso a la máquina de diálisis no requiere agujas. Sin embargo los serios riesgos del acceso de catéter, mencionados arriba, significan que tal acceso se debe contemplar como una solución a largo plazo solamente en la situación de acceso más desesperada.

PSICOLOGICAS: Son todos los cambios emocionales que afectan a los pacientes en Hemodiálisis:

- **Ansiedad**

El término ansiedad proviene del latín anxietas, congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida.

La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que esta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda puede llegar a paralizar al individuo, transformándolo en pánico.

La ansiedad es la emoción normal que se experimenta en situaciones

en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Habría que diferenciar entre miedo (el sujeto conoce al objeto externo y delimitado que le amenaza y que se prepara para responder) y ansiedad (el sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna y existiendo una dificultad en la elaboración de la respuesta). La ansiedad es normal cuando es desproporcionada y demasiado prolongada en relación con el estímulo desencadenante.

- **Tristeza**

Es una de las emociones básicas del ser humano, junto con el miedo, la ira, el asco, la alegría y la sorpresa. Estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. Es la expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito, etc. A menudo nos sentimos tristes cuando nuestras expectativas no se ven cumplidas o cuando las circunstancias de la vida son más dolorosas que alegres. La alegría es la emoción contraria.

La tristeza puede ser un síntoma de la depresión, que se caracteriza entre otras cosas (abatimiento general de la persona, descenso de la autoestima y sentimientos de pesimismo, desesperanza y desamparo), por una tristeza profunda y crónica; En Psiquiatría se habla de tristeza patológica cuando hay una alteración de la afectividad en que se produce un descenso del estado de ánimo, que puede incluir también pesimismo, desesperanza y disminución de la motivación. La tendencia alternativa entre las emociones de alegría y de tristeza es la labilidad emocional. Los síntomas de la tristeza son : llorar, nervios, rencor y decaimiento moralmente. ⁽²⁶⁾

SOCIALES: Son todos los problemas que afectan la vida social en los pacientes con hemodiálisis:

- **Situación Laboral**

La capacidad de trabajar y la actividad laboral que se realiza son dimensiones incluidas en los cuestionarios de calidad de vida; varios estudios demuestran que el trabajo activo predice mejores niveles de calidad de vida que en otras dimensiones. Holley describe los factores que influyen en la situación laboral de los pacientes en diálisis y los clasifican en:

- Propios del paciente (edad, nivel de educación, comorbilidad, personalidad, motivación y situación laboral prediálisis).
- Relacionados con la enfermedad renal crónica terminal (tipo de diálisis, adecuación de diálisis, uso de EPO, niveles de Hcto, situación funcional física, estado percibido de salud).
- Relacionados con la diálisis (actitud positiva del personal, disponibilidad de asesoramiento laboral, flexibilidad de horario).
- Relacionados con el empleo (tipo de trabajo, flexibilidad de horario, discriminación de empleadores, ayudas sociales: incapacidad, jubilación anticipada, etc.).

La mayoría de los pacientes que siguen trabajando en diálisis, lo hacen en sus trabajos previos. Por ello, es importante mantenerlos en la mejor situación física posible.

Muchos de los pacientes se les invitan por parte de la empresa a que dejen de trabajar ya que faltan demasiado al trabajo o muchos permisos por causa de las sesiones de hemodiálisis, algunos se mantienen en el trabajo pero no todos se conservan en el mismo puesto inicial.

- **Relaciones interpersonales**

Una relación interpersonal es una interacción recíproca entre dos o más personas. Se trata de relaciones sociales que como tales se encuentran reguladas por las leyes institucionales de la interacción social.

En toda relación interpersonal interviene la comunicación con la finalidad de obtener información respecto a su entorno y compartirla con el resto de la gente. Si algo falla en el proceso de comunicación, disminuyen las posibilidades de entablar una relación funcional.

Los ingresos hospitalarios repetidos o el malestar frecuente o los pequeños problemas que suelen tener, hacen que se vaya produciendo un distanciamiento de las amistades. (27)

- **Relaciones Familiares**

Las relaciones familiares están constituidas por las interacciones de los miembros que integran el sistema, a partir de estas interacciones se establecen lazos que le permiten a los miembros de la familia permanecer unidos ante una dificultad van a luchar para alcanzar las metas trazadas.

- **Función Sexual**

Producto de un proceso de activación que se inicia cuando se pone en funcionamiento la unidad Situación / Estimulo Sexual- Respuesta Sexual.

Esto se ve afectado en los pacientes con enfermedad renal crónica terminal por el cansancio y los problemas físicos hacen que las relaciones sexuales en la pareja se vean marcadas de forma muy

especial, lo cual provoca en muchos de los pacientes; frecuentes visitas al especialista por problemas de impotencia sexual. ⁽²⁸⁾

EQUIPO DE HEMODIALISIS

Diagrama esquemático de un circuito de hemodiálisis. La máquina de hemodiálisis es un producto sanitario que realiza la función de bombear la sangre del paciente y el dialisato a través del dializador. Las máquinas de diálisis más recientes del mercado están altamente computarizadas y monitorizan continuamente un conjunto de parámetros de seguridad críticos, incluyendo tasas de flujo de la sangre y el dialisato, la presión sanguínea, el ritmo cardíaco, la conductividad, el pH, etc. Si alguna lectura está fuera del rango normal, sonará una alarma audible para avisar al técnico que está supervisando el cuidado del paciente. Los fabricantes más grandes de máquinas de diálisis son Fresenius, Gambro, Nipro y B.Braun. ⁽²⁹⁾

Una parte importante de los equipos siempre es verificar que las rutinas de limpieza y desinfección internas y externas tengan un estricto sistema de control favorecidos por agentes químicos desinfectantes para garantizar la seguridad del pacientes estos deben de llevarse a cabo con la periodicidad según la necesidad y el uso de los equipos considerando sus características y especificaciones del fabricante para que así también se optimice la vida del equipo.

Sistema de Agua

Tanques de dialisato pertenecientes a una unidad de hemodiálisis. Un extenso sistema de purificación del agua es absolutamente crítico para la hemodiálisis. Puesto que los pacientes de diálisis están expuestos a vastas cantidades de agua que se mezcla con el baño ácido para

formar el dialisato, incluso pueden filtrarse en la sangre trazas de minerales contaminantes o endotoxinas bacterianas. (30)

Debido a que los riñones dañados no pueden realizar su función prevista de quitar impurezas, los iones que se introducen en la corriente sanguínea por vía del agua pueden aumentar hasta niveles peligrosos, causando numerosos síntomas incluyendo la muerte. Por esta razón, el agua usada en hemodiálisis es típicamente purificada usando ósmosis inversa. También es revisada para saber si hay ausencia de iones de cloro y cloraminas, y su conductividad es continuamente monitoreada, para detectar el nivel de iones en el agua.

DIALIZADOR

El dializador, o el riñón artificial, es un producto sanitario y es la pieza del equipo que de hecho filtra la sangre. Uno de los tipos más populares es el dializador hueco de fibra, en el cual la sangre corre a través de un paquete de tubos capilares muy finos, y el dialisato se bombea en un compartimiento que baña las fibras. El proceso mimetiza la fisiología del glomérulo renal y el resto del nefrón. Los gradientes de presión son usados para remover líquido de la sangre. La membrana en sí misma a menudo es sintética, hecha de una mezcla de polímeros como poliariletersulfona, poliamida y polivinilpirrolidona. Los dializadores vienen en muchos tamaños diferentes. Un dializador más grande generalmente se traducirá en un área incrementada de membrana, y por lo tanto en un aumento en la cantidad de solutos removidos de la sangre del paciente. Diferentes tipos de dializadores tienen diversos aclaramientos (clearance) para diferentes solutos. El nefrólogo prescribirá el dializador a ser usado dependiendo del paciente. El dializador puede ser tanto desechado como reutilizado

después de cada tratamiento. Si es reutilizado, hay un procedimiento extenso de esterilización. Cuando se reutilizan, los dializadores no son compartidos entre pacientes. Tampoco debe ser compartido ningún tipo de catéter ya que el mismo puede transmitir algún tipo de agente patógeno infeccioso que puede llegar a ser fatal para el paciente tratado. ⁽³¹⁾

LA ENFERMERIA EN NEFROLOGIA

Cuando hablamos de la atención o cuidado de Enfermería hablamos del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo. ⁽³²⁾

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad. El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la enfermería la categoría de ciencia.

Según la Organización Mundial De la Salud (OMS), la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Funciones de Enfermería: Prestar cuidados en materia de salud al individuo, familia y comunidad. Las funciones de enfermería se pueden describir por el grado de dependencia hacia otros profesionales. Según este criterio existen:

- **Funciones Independientes o Propias:** Son aquellas que la enfermera ejecuta en el cumplimiento de las responsabilidades de una profesión para la cual está capacitada y autorizada.
- **Funciones Derivadas:** Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales, principalmente el personal médico.
- **Funciones interdependientes:** Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería en colaboración con el resto del equipo de salud.

En cualquier medio donde desempeñe su trabajo una enfermera se da la combinación de estos tipos de funciones. Así mismo las enfermeras/os desempeñan actividades:

Asistenciales: Es la que va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se

encarga de apoyarle en la recuperación de los procesos patológicos.

En cualquiera de los niveles de atención:

- a) En Atención Primaria
- b) En Atención Especializada
- c) En los Servicios de Urgencias

Docentes: La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de trasmitirla. Por una parte la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Por otra parte, como profesional sanitario que es y como parte de sus actividades deseará intervenir en el proceso de educación para la salud. Actividades necesarias para cumplir la función docente.

Administrativas: Es una actividad vinculadora que permite aprovechar la capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndolos racionalmente hacia el logro de unos objetivos comunes. El propósito de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordada. Son muchas las actividades administrativas que realiza enfermería desde los cargos directivos hasta la enfermera asistencial, desde las enfermeras docentes (en las Universidades) a aquellas que desempeñan su labor en centros de Salud Pública o Comunitaria.

Investigadoras: En enfermería se realiza función investigadora mediante todas aquellas actividades que van a fomentar el que la enfermería avance mediante investigaciones, estableciendo los campos en que se considera que enfermería desee trabajar.

Hay gran dispersión en el tratamiento de enfermos renales dando lugar a que las funciones de enfermería sean muy específicas, por lo cual podremos hablar de especialistas en HID, especialistas en CAPID, especialistas en trasplante renal, etc. Aquí podemos tener un ejemplo de enfermera/o especialista en nefrología pues atiende al enfermo nefrológico en todas sus necesidades.

FUNCIÓN ASISTENCIAL

INGRESO DEL PACIENTE

Integración del paciente en la unidad:

- a) Entrega de enseres personales (específico fraseo, de orina de 24 h.) y advertir que tiene que guardar la orina y controlar el líquido que bebe.
- b) Informar al paciente y su familia del personal responsable de sus cuidados y las normas de funcionamiento del hospital y la unidad.
- c) Presentar a sus compañeros de habitación.

Obtención datos básicos para la valoración de las necesidades inmediatas:

- a) Medir signos vitales.
- b) Observar si tiene: edemas, vómitos, anorexia, ansiedad, palidez, desorientación, etc.
- c) Determinar el grado de dependencia y/o limitación.
- d) Hábitos de alimentación, eliminación, higiene, descanso y sueño.

PRESTACIÓN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En su aspecto físico:

a) Actividades generales diarias:

- Medición de temperatura, frecuencia cardíaca, TA cuya frecuencia será según los requerimientos del paciente.
- Medición de ingesta en cada toma.
- Medición de diuresis en cada micción, vigilar aspecto de la orina.
- Control drenajes urinarios: vesical, ureteral, nefrectomía, etc.
- Vigilar estreñimiento o diarrea.
- Administración medicación pautada.
- Peso diario del paciente.
- Control de la actividad permitida y el reposo prescrito.
- Determinación de la ayuda que necesita por parte del personal de enfermería.
- Control dieta prescrita por el médico: vigilar potasio, calorías, restricción de proteínas, restricción de sal, y control de ingesta de líquidos.
- Recogida sistemática de orina de 24 h. según protocolo.

b) Conocimiento y realización de técnicas específicas de Nefrología:

- Realización ECG según protocolo.
- Implantación y cuidados de catéter IV central para hemodiálisis tanto en vena yugular subclavia, femoral (Shaldon) según protocolo.
- Atención pre y post quirúrgica de accesos vasculares definitivos y el cuidado de éstos.
- Atención de enfermería en HID, CAPD, DPI según protocolo.

- Atención enfermos a los que se les van a realizar pruebas diagnósticas específicas que requieren ingreso de más de 24 h.: arteriografía, biopsia renal, toma de reninas, urografías, preparación de éstas según protocolo.

En su aspecto psíquico y social:

- a) Mantener debidamente atendidas las necesidades psico-sociales de los enfermos.
- b) Mantener la máxima comodidad posible.
- c) Favorecer las relaciones personales en el hospital.
- d) Mantener y favorecer los autocuidados en el nivel adecuado.
- e) Hablar con los pacientes constantemente para obtener información acerca de su estado anímico.
- f) Informar al paciente en todo momento de los cuidados y técnicas que se le van a realizar pues de esta forma podemos aliviar el miedo y la ansiedad que crea todo lo nuevo y desconocido.
- g) Atención muy especial a enfermos que a partir de este momento van a necesitar tratamiento sustitutorio de la función renal pues suelen requerir un apoyo psicológico extra debido a la dificultad que suelen tener en la aceptación de su nueva forma de vida.
- h) Son algunas de las funciones que realiza la enfermera asistencial en el servicio de nefrología además debemos recordar que realiza las funciones de docencia, administrativa e investigación.

LA ENFERMERA EN HEMODIALISIS

La relación de enfermera – paciente debe ser horizontal, para dar una atención con calidad y calidez además lograr la aceptación de sus enfermedades, por eso la enfermera tiene que informar su situación y

de la evolución futura de esta enfermedad haciéndole conocer la posibilidad de ser tratado en el futuro del trasplante renal. Debe informársele de la realidad del tratamiento transmitiéndole la seguridad de que la hemodiálisis puede ofrecerle una larga vida, y a pesar de las limitaciones, razonablemente contable. Esta información debe ayudar a que el paciente conozca mejor la realidad presente y futura y consiga una mejor adaptación psicológica a la misma.

Todos los pacientes que sufren una enfermedad renal crónica terminal han de hacer frente a una serie de adaptaciones a un estilo de vida consecuencia de las preocupaciones de la enfermedad sobre un estado de anímico y corporal. Nuestro papel, nuestra relación con el paciente renal crónico viene determinado por tres factores fundamentales:

En la que hay que tener en cuenta:

- La personalidad previa del paciente
- El estado de ánimo que experimenta para enfrentarse y aceptar la enfermedad de cuya respuesta por parte del individuo.
- Las variaciones psicológicas durante el tratamiento ya sea por inadaptación al régimen terapéutico, inadaptación a la máquina, a la toma de medición, etc. Ya sea por las repercusiones psíquicas de complicaciones somáticas.
- En que está envuelto el paciente, los problemas familiares, conyugales o de relación con los hijos, o con un círculo de amistades (lo miran como un minusválido), problemas laborales (pérdida de empleo), inseguridad económica.

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA TERMINAL

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores. (33)

La calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño, el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar Psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. (24)

Estos factores indican un enfoque en la que la calidad de vida y las alteraciones en el bienestar. Su naturaleza subjetiva desafía la capacidad de los profesionales de la salud para medir su propia efectividad. Algunos pacientes pueden tolerar una discapacidad grave y aun sentirse afortunados de recibir una terapia, mientras otros se muestran totalmente insatisfechos con una disfunción mínima. Por consiguiente, la calidad de vida se define mejor como lo que el individuo dice que esta es.

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores

en que vive y con respecto a sus expectativas, normas y preocupaciones. Este es un concepto extenso complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. (Evaluación de la calidad de vida Grupo WHOQOL, 1994. Foro Mundial de la Salud, OME, Ginebra, 1996). Varios autores definen calidad de vida según su perspectiva como por ejemplo:

Patrick y Erikson, interpretan el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, como un continuo dentro de una escala de bienestar, que cubre aspectos como satisfacción, percepción de la salud en general, bienestar psicológico y físico, limitación de roles, enfermedad y muerte.

Bayes (1994), evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite: conocer el impacto de la enfermedad y/o tratamiento, a su nivel relevante, diferente y complementario al del organismo, conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad, conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos, evaluar mejor las terapias paliativas, ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad, ayudar en la toma de decisiones médicas, potenciar la comunicación médico-paciente, y facilitar la rehabilitación de los pacientes.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones

sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno."

A principios de los años sesenta, en el concepto de calidad de vida se otorgaba mayor importancia a los aspectos objetivos del nivel de vida, desde entonces, ha evolucionado hasta centrarse en los aspectos más subjetivos del bienestar, es decir, la satisfacción personal con la vida.

- Kaplan (1992), define calidad de vida como "el impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario".
- Ferruci (1999), diferencia la incapacidad funcional de la enfermedad. Dice que "para la enfermedad deben emplearse estrategias terapéuticas y para la incapacidad terapias de rehabilitación y de apoyo social".

No obstante Maslow presenta este orden de prioridad, considerado como el orden normal o lógico, en diferentes etapas de nuestra vida y ante determinadas circunstancias, el orden puede variar, es más, existen casos de personas que anteponen ante necesidades fisiológicas, las de autorrealización, pero esto no sucede en la mayoría de los individuos y al suceder el tiempo con que se dan no puede prolongarse demasiado, pues atentarían contra la naturaleza y supervivencia humana.

CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA

- Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- Concepto universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

- Concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA

EDUCACION. La educación tiene como finalidad preparar a hombre mujeres para que tengan un mejor proyecto de vida con el que puedan satisfacer sus necesidades. Sin embargo en nuestro país muchas personas no asisten a la escuela, por lo que no saben leer ni escribir.

VIVIENDA. Para cubrir alguna de nuestras necesidades básicas requerimos una vivienda que tenga los servicios indispensables, como energía eléctrica, agua entubada, sanitarios y espacios suficientes.

ESPERANZA DE VIDA (SALUD). La atención médica oportuna es uno de los factores que más influyen para elevar la esperanza de vida de la población.

FACTORES AMBIENTALES: Características del entorno. (Servicios públicos, seguridad. Transporte, áreas públicas, características del aire, etc.)

FACTORES DE RELACIONAMIENTO: Integración y buena convivencia de las diferentes partes de la sociedad (Religiones, raza,

edades).

FACTORES DE BIENESTAR SUBJETIVO: La percepción o idea individual de cada persona frente a las condiciones en las que vive.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

Las dimensiones de calidad de vida planteadas por Shalock y Verdugo son 8 altamente coincidentes con los principios de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad y con el desarrollo del Tercer Plan de discapacidad en sus elementos, en las cuales solo desarrollare 3 dimensiones:

Dimensión de Bienestar físico: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad. Este bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño, el reposo, el dolor y otros síntomas.

Dimensión Psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. Este bienestar psicológico también se relaciona con el temor, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento.

Componentes de la calidad de vida (Flanagan).

- Confort material
- Salud y seguridad personal

- Relaciones familiares
- Relación conyugal
- Amistades
- Aprendizaje
- Comprensión de uno mismo
- Trabajo
- Autoexpresión creativa
- Ayuda a los demás
- Participación en asuntos públicos
- Socialización
- Actividades de descanso
- Actividades Recreativas

CALIDAD DE VIDA CON LA SALUD

La calidad de vida relacionada con salud, ha probado ser útil, principalmente como un rasgo de estructura general, dentro de la cual las dimensiones relevantes de la vida y la salud se pueden examinar en investigación y en el desarrollo de la práctica clínica (DUBOS, citado por CROOG Y LEVINE, 1989).

Calidad de vida relacionada con la salud es la Percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (Schumaker y Naughton) donde la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad y/o de la aplicación de un tratamiento, en diversos ámbitos de su vida; en especial, de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional o social.

Se relaciona con el impacto de la enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario, con el bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y tratamiento.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS:

Las personas con enfermedad renal crónica en estadio V tiene que elegir una terapia de sustitución como la diálisis porque existe un deterioro de su función renal importante, por lo que su organismo ha estado sufriendo en lo orgánico y en lo psicológico.

Psicológicamente, llega a esta situación un fuerte golpe para el paciente y su familia, que deben asumir una situación que nunca se está suficientemente preparado. Se afecta la vida sexual durante la hemodiálisis por que presenta una disminución del deseo sexual debido a cambios en su salud física y también emocional.

Los pacientes con Enfermedad Renal Terminal en Hemodiálisis, suele sufrir cambios físicos, psicológicos y sociales, en su estilo de vida y también en su vida espiritual, que no sólo le afectan a él, sino a toda su familia. Algunas personas aceptan el hecho de tener una enfermedad renal y que necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas. Otros en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Durante el curso de la enfermedad, habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión, frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares. Es muy importante saber que es posible desarrollar nuevas capacidades y habilidades que permitan lograr una mejor calidad de vida. Así como también es posible obtener ayuda para asumir la enfermedad y su tratamiento.

La rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Terminal (IBORRA y col., 1998). Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su Calidad de Vida en general (ZANOQUERA y col., 1998).

La Calidad de Vida se verá favorecida en la medida a como éstas sean satisfechas. Un acercamiento a la realidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica nos permitiría tener una mejor idea acerca de sus necesidades. ⁽³⁴⁾

La enfermedad renal crónica terminal se produce una serie de alteraciones metabólicas y nutricionales que favorecen el desarrollo de malnutrición. Con la diálisis se corrige en parte estas alteraciones, pero genera también otros cambios metabólicos que pueden hacer que empeore el estado nutricional.

La calidad de vida de cada persona va depender de cómo ha sido preparada y de cuanto hayan sido evitados algunos factores de riesgo en la etapa pre-dialítica. Es conveniente llegar a la diálisis con un buen conocimiento de la enfermedad. La asistencia y el apoyo emocional y psicológico son fundamentales para afrontar el impacto que significa el tratamiento y su condición de crónico.

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA TERMINAL:** Esta dada por todas las respuestas expresadas del paciente sobre cómo afecta la enfermedad y el tratamiento en el aspecto Bio-Psico-social de la persona.
- **PACIENTE EN HEMODIALIS:** Son aquellos pacientes que asisten al Servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de mayo y que han sido diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica y que requieren para continuar viviendo, el cual se realiza tres veces por semana, en forma periódica.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio fue de tipo cuantitativo, porque la variable es susceptible de cuantificación, nivel aplicativo porque se derivó de la realidad para modificarlo; método descriptivo de corte transversal ya que nos permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

3.2 . LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo perteneciente al Ministerio de Salud, el cual se encuentra ubicado en la. Parque Historia de la Medicina Peruana s/n, Alt. Cdra. 13 Av. Grau, Provincia Lima- Distrito Lima. Esta institución de salud es de tercer nivel de atención, el cual cuenta con los servicios de emergencia, cirugía, unidad de cuidados intensivos e intermedios, consultorios externos, hospitalización, cirugía de día, servicio de nefrología ambulatoria, además brinda atención al público usuario en general durante las 24 horas.

Cuenta con un ambiente de 11 máquinas; dividido internamente en II sectores, cada paciente se realiza 3 hemodiálisis por semana y/o de acuerdo a su condición según indicación médica y existen cinco turnos por día. El horario que inicia la hemodiálisis los pacientes es 7:30am

3.3. POBLACION DE ESTUDIO

La población estuvo constituida por 30 pacientes Ambulatorios con Enfermedad Renal Crónica Terminal en tratamiento con hemodiálisis, atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes Ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal con fistula que reciben tratamiento de hemodiálisis.
- Pacientes Ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal con Catéter Venoso Central temporal y de larga permanencia que reciben tratamiento de hemodiálisis.
- Pacientes mayores de 18 años que acepten participar en el estudio.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que registran menos de tres meses en tratamiento con Hemodiálisis.
- Pacientes con alteración psicológica o psiquiátrica de base.
- Pacientes con enfermedad que lo imposibilite comunicarse verbalmente.
- Pacientes con hipoacusia.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que no reciben Hemodiálisis.
- Pacientes menores de 18 años.

3.5. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica fue la encuesta y el instrumento es un cuestionario Genérico de la Calidad de Vida en Enfermedades Renales (SF-36), el cual se ha modificado (Anexo B); siendo sometida a juicio de expertos (8 expertos), por lo que los datos obtenidos fueron procesados en la Tabla de concordancia y Prueba Binomial (Anexo D); y la validez del instrumento Test de Coeficiente de Correlación de R de Person (Anexo G).

3.6. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION.

Para la implantación del estudio se realizaron, los trámites administrativos mediante un oficio dirigido al Director del Hospital Nacional Dos de Mayo con el fin de obtener las facilidades y la autorización respectiva para ejecutar el estudio.

Luego se llevó a cabo las coordinaciones con el jefe del servicio de hemodiálisis, para establecer el cronograma de recolección de datos; considerando de 10 a 15 minutos para su aplicación previo consentimiento informado.

Para el análisis de las variables, se utilizará el programa SPSS version 19.1, luego de la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el programa Microsoft Office Excel 2010, previa elaboración de la Tabla de Códigos y la tabla matriz, en el cual se creara una base de datos, para incorporar cada una de las variables del estudio. Esto permitirá la presentación de los resultados. Los resultados son presentados mediante gráficos y tablas y su respectivo análisis. (Anexo F).

Los resultados se presentaron en tablas y/o gráficos estadísticos para el análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico

Para la medición de la variable se aplicara la escala de Statones.

CALIDAD DE VIDA

- Saludable 95 – 107 puntos
- Poco saludable 75 – 94 puntos
- No saludable 51 – 74 puntos

Dimensión física

- Saludable 38 – 43 puntos
- Poco saludable 29 – 37 puntos
- No saludable 22 – 28 puntos

ALTERNATIVAS	ITEMS	
	POSITIVOS	NEGATIVOS
Totalmente de Acuerdo	5	1
De Acuerdo	4	2
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3	3
Desacuerdo	2	4
Totalmente desacuerdo	1	5

Dimensión Psicológica

- Saludable 27 – 28 puntos
- Poco saludable 20 – 26 puntos
- No saludable 15 – 19 puntos

3.7. CONSIDERACIONES ETICAS

Para ejecutar el estudio se tuvo en cuenta contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los pacientes que acuden a su tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Nacional Dos de Mayo. (Anexo C)

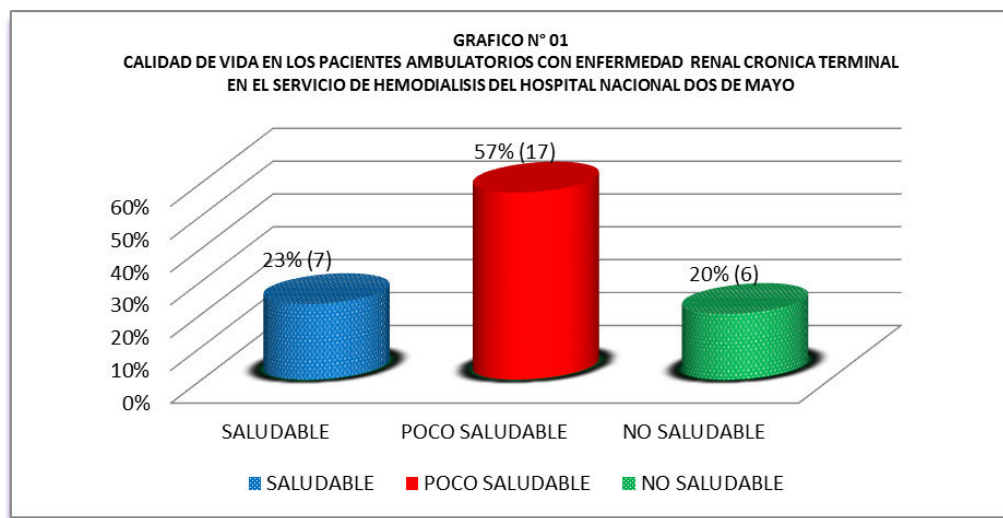
CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

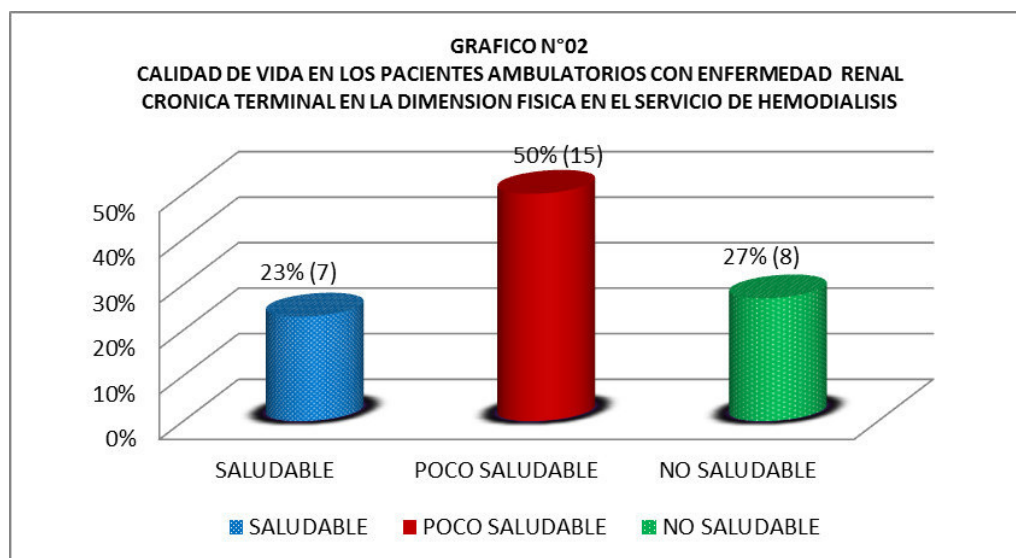
En cuanto a los datos generados del 100% (30), 37% (11), son mayores de 60 años, 27% (8), entre 50 – 59 años; 17 % (5), entre 40 – 49 años; 13 % (4) entre 18- 29 años; 2% (2) entre 30-39 años; Son de sexo masculino, 73% (22), y de sexo femenino; 27% (8). Refieren tener superior 13 % (4); estudios secundarios 40% (12); estudios de primaria 30% (9) y Analfabetos 17 % (5). Cuentan con trabajo dependiente 43% (13), independientes 30% (9) y desempleados 27% (8). Tienen entre 3 meses a < de 2 años de tratamiento 13% (4), entre 2 años a < de 5 años 27% (8), entre 5 años a más 60% (18). (Anexo I).

Por lo que se puede evidenciar que el mayor porcentaje de pacientes con enfermedad renal crónica terminal que asisten a hemodiálisis son mayores de 60 años, de sexo masculino, con estudios secundarios y actualmente trabajadores dependientes e independientes y que tienen un trabajo estable y en relación al tiempo de tratamiento es de 5 años a más.



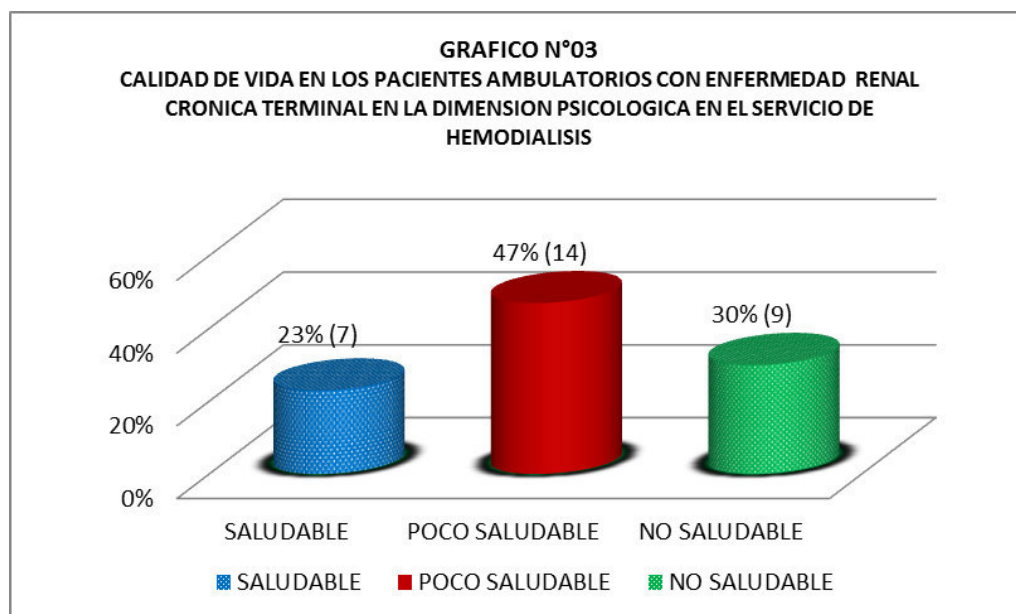
Fuente: Instrumento aplicado a pacientes ambulatorios que reciben Hemodiálisis en el HNMD, 2015.

Respecto a la calidad de vida del paciente con Enfermedad renal crónica terminal tenemos que del 100% (30), 57%(17) presentan una calidad de vida poco saludable, 23% (7) saludable; y 20% (6) no saludable. Entre los ítems considerando como poco saludable están totalmente en desacuerdo en realizar actividades cotidianas en menos tiempo; en lo saludable están totalmente de acuerdo en realizar actividades básicas como bañarse y vestirse y en no saludable están totalmente de acuerdo que el tratamiento le causa problemas en el trabajo. (Anexo J).



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes ambulatorios que reciben Hemodiálisis en el HNMD, 2015.

Acerca de la calidad de vida en la dimensión física del paciente con hemodiálisis, del 100 % (30); 50% (15) tienen poco saludable; 27% (8) no saludable, y 23% (7) saludable. Los aspectos poco saludable esta dado en que están totalmente en desacuerdo en realizar actividades cotidianas en menos tiempo; en no saludable están totalmente en desacuerdo en me siento con energía después de la hemodiálisis y en saludable en estar de acuerdo en realizar actividades básicas como bañarse y vestirse (anexo K).



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes ambulatorios que reciben Hemodiálisis en el HNDM, 2015.

Acerca de la calidad de vida en la dimensión Psicológica del paciente con hemodiálisis, del 100 % (30); el 47% (14) tienen poco saludable; 30% (9) no saludable, y 23% (7) saludable. Los ítems está dado por, poco saludable están totalmente en desacuerdo en me siento bien conmigo mismo y en no saludable están de acuerdo en me siento intranquilo, ansioso la mayor parte del tiempo. (Anexo L)

4.2. DISCUSION:

En el Foro Mundial de la Salud, OMS (1996) sobre la evaluación de la Calidad de Vida Grupo WHOQOL, define como la percepción del individuo sobre su opción en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus expectativas, normas y preocupaciones. Este es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de dependencia, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Bayes (1994) evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite: conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo, conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad, conocer mejor los efectos secundarios de la enfermedad, evaluar mejor las terapias paliativas, ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad, ayudar en la toma de decisiones médicas, potenciar la comunicación médico-paciente; y facilitar la rehabilitación de los pacientes.

Según la OMS la calidad de vida está definida como la percepción que tiene el usuario de su posición de la vida dentro de un contexto cultural para el mantenimiento de las capacidades funcionales del ser humano, tanto en su dimensión física como psicológica, los resultados demostraron que la calidad de vida de los pacientes ambulatorios con Enfermedad Renal Crónica Terminal, en el grafico N° 01 se evidencia un resultado poco saludable en un 57%, entre las que mencionan como realiza actividades en menos tiempo, le molesta las restricciones en la dieta y líquidos, se siente con menos energía después de la hemodiálisis, se siente triste al pensar en su enfermedad y el futuro que le espera, se deprime por la incapacidad de no volver a tener hijos, no

se sienten bien consigo mismo, disfruta de los pasatiempos de igual manera, el tratamiento interfiere en sus actividades sociales y ha perdido el interés por la actividad sexual con su pareja. De acuerdo a nuestra base teórica; el paciente no está llevando una calidad de vida adecuada; el cual se deteriora totalmente a causa del tratamiento de hemodiálisis, donde el equipo multidisciplinario debe de realizar intervenciones adecuadas para contribuir a mejorar su calidad de vida del paciente.

En la dimensión física entendida como el bienestar físico que se determina por las actividades que realiza el usuario para el mantenimiento de su salud esta se ve afectada en un mayor porcentaje por una calidad de vida poco saludable, en el Grafico N° 02, arroja un resultado, el 50% poco saludable, el cual se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, sueño y el reposo; y por último el dolor el cual se debe mantenerse en equilibrio para una buena salud. Donde el paciente está en desacuerdo en realizar actividades cotidianas en menos tiempo y en calidad de vida no saludable estar en desacuerdo de sentirse con energía después de hemodiálisis, le molesta los calambres: esto repercute en el bienestar físico por que altera el desarrollo de sus actividades normales con riesgo a perder su independencia y el deterioro continuo de su calidad, este dato es gran importancia para la Enfermera y el equipo multidisciplinario pueda realizar intervenciones oportunas y así mejorar la calidad de vida del paciente.

Al igual que la Calidad de Vida en su dimensión psicológica que nos da a conocer su estado afectivo inestable. Patrick y Erickson al respecto mencionan que evaluando la calidad de vida del paciente con enfermedad terminal resulta de impacto para determinar el riesgo de complicaciones y el manejo del control de su tratamiento para un mejor

conocimiento sobre el desarrollo de su enfermedad. En el grafico N° 03, presenta el 47% siendo poco saludable, de los cuales refieren no sentirse bien consigo mismo, me siento triste al pensar en mi enfermedad y el futuro que me espera, me deprimó por la incapacidad de no volver a tener hijos, y en lo no saludable tenemos los cambios en mi estado de ánimo afectan mi vida, se sienten triste al pensar en mi enfermedad y el futuro que me espera y estar en desacuerdo en sentirse bien por su nuevo aspecto físico y en saludable se siente tranquilo de cómo están enfrentando su enfermedad y se siente bien consigo mismo; y esto repercute en su equilibrio biopsicoemocional y en su entorno familiar, ahí la importancia de integrar el cuidado de la salud mental de los pacientes con hemodiálisis para mejorar su entorno familiar y por ende su calidad de vida del paciente. Con este resultado obtenido nos permitirá trabajar de manera periódica con el equipo multidisciplinario especialmente con el profesional de Psicología y Psiquiatría y así mejorar la calidad de vida del paciente y lleve un tratamiento adecuado y pueda desarrollarse en el ámbito social.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La calidad de vida en los pacientes ambulatorios con Enfermedad Renal Crónico Terminal en tratamiento de Hemodiálisis el mayor porcentaje expreso que es poco saludable refiriendo a las restricciones en los alimentos y líquidos, el no poder realizar actividades cotidianas en menos tiempo y disfrutar de los pasatiempos de igual manera que antes; seguido de un menor porcentaje significativo, saludable que está dado por realizar actividades básicas como bañarse y vestirse, recibir el apoyo emocional de su familia, pareja y continuar en contacto con los amigos y un menor porcentaje considera no saludable ya que el tratamiento causa problemas en el trabajo, no se sienten con energía después de la hemodiálisis, sentirse intranquilo y ansioso la mayor parte del tiempo.
- Respecto a la dimensión física de la calidad de vida en los pacientes ambulatorios con Enfermedad Renal Crónico Terminal en tratamiento de Hemodiálisis el mayor porcentaje manifestó que es poco saludable ya que no puede realizar actividades cotidianas en menos tiempo y le molesta las restricciones en la dieta y el agua; seguido de un menor porcentaje que considera no saludable que está dado sentirse con energía, le molesta los cambios de presión arterial durante el tratamiento de hemodiálisis (presión alta y baja) y en menor porcentaje significativo, saludable que está dada por realizar

actividades cotidianas como barrer, cocinar, limpiar y correr y sentir que su salud está mejorando.

- En cuanto a la dimensión psicológica de la calidad de vida en los pacientes ambulatorios con Enfermedad Renal Crónica Terminal en tratamiento de Hemodiálisis, el mayor porcentaje expreso que es poco saludable referido a sentirse triste al pensar en la enfermedad y el futuro que le espera; seguido de un porcentaje considerable no saludable que está dado por sentirse intranquilo la mayor parte del tiempo, se deprime por que no debe tener un hijo de nuevo y los cambios repentinos de estado de ánimo, mientras que un menor porcentaje significativo manifiesta que es saludable referido por sentirse intranquilo de como enfrenta su enfermedad y sentirse bien consigo mismo.⁽²⁵⁾

5.2. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que derivan del presente estudio son:

- Que el Departamento de Enfermería y el servicio de Hemodiálisis, elaboren e implementen programas de educación para la salud, estrategias participativas orientadas a contribuir mediante las actividades preventivo promocionales y así promover la adaptación de conductas saludables destinada a mejorar la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis y disminuir el riesgo a complicaciones.
- Realizar campañas educativas o estrategias educativas para los pacientes a fin de fortalecer los mecanismos de afronte y

desarrollar sus habilidades para mejorar su calidad de vida y aumentar la resistencia de las alteraciones psicológicas asociadas a los cambios de la apariencia física productos de la enfermedad renal crónica terminal.

- Realizar estudios similares en instituciones como MINSA y ESSALUD.
- Realizar estudios de investigación similares, utilizando enfoques cualitativos que permitan profundizar en el tema.

5.3. LIMITACIONES

- Los resultados y las conclusiones solo son válidas para la población de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Artículo de Enciclopedia, calidad de vida. 2011. (citado 25 diciembre 2012). Disponible:
<http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad de vida>.
2. Aguilera Muñoz, Patricia. Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis, hospital clínico regional, Chile 2007
3. "Arteaga Llacza, Patricia, "Calidad de Vida del paciente oncológico que participa en estudios clínicos de investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas" Lima-Perú 2009 (tesis para optar el título profesional de Enfermería) pág. 20-30.
4. Álvarez Heredia, Francisco. Calidad y Auditoria en Salud, Bogotá del 2007.
5. Arenas M., Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en Hemodiálisis en la comunidad Valencia, Andalucía en España, 2006
6. Bousoño García M, González García-Portilla MP, Pedregal Sánchez J, Bobes 152 p.
7. Bobes García J, Bousoño García M, Iglesias García C, González García-Portilla MP. Calidad de vida: Concepto. En: Bobes García J, González G Portilla MP, Bousoño García, editores. Calidad de vida en las esquizofrenias. Barcelona: Prous; 1995; p. 1-11
8. Carlos Pereda Najerano. I conferencia sobre Enfermedad Renal Crónica Terminal y Calidad de Vida en poblaciones en desventajas en el cono Sur Latinoamericano Incidencia Argentina. Abril 2010. (citado 10 diciembre 2012). Disponible en:
www.conferenciacomgan.com.ar/sitio/ppt/presentacion-pereda1pp
9. Cruz Tovar Graciela, Calidad de Vida en Pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal en el Hospital General Dr. Miguel Silva,

México, 2005

10. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud RM N° 727-2009 -Ministerio nacional de salud.
11. Enciclopedia libre. WIKIPEDIA. Calidad de Vida. Diciembre 2014. (Citado 15 de diciembre 2014) Disponible: [http://es.wikipedia.org/wiki/calidad de vida](http://es.wikipedia.org/wiki/calidad%20de%20vida).
12. Fenco Asalde, Maritza, Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Perú, 2010.
13. FERNÁNDEZ, R.; SAMOS, A. 2005. Enfermedad Crónica Renal Terminal. Angiología. 150 p.
14. Flores Flores, Rosita Dina, Díaz la Torre, Cristian, “Evaluación de la Calidad de Vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal que reciben Diálisis Peritoneal Ambulatoria continua. Hospital II EsSalud Tarapoto. Junio - Noviembre – Perú 2012 pág. 45-51.
15. García J. Calidad de vida relacionada con la salud. Monografías de Psiquiatría 1993; 56): 12-17.
16. Guía Práctica del Manejo de la Enfermedad Renal Crónica Terminal. Publicado por EsSalud – Perú. 2010.(Citado 12 diciembre).
17. Instituto de Nefrología. –Epidemiológica. La Habana. Cuba.(Citado 10 diciembre 2012). Disponible en: [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/nefrologia/avances en enfermedad renal crónica. Pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/nefrologia/avances%20en%20enfermedad%20renal%20cr%C3%B3nica.pdf)
18. Mera Santander, Marcela Lorena, Valdivia Chile 2007, realizo un estudio sobre “Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial Sur. Osorno. Chile 2006” p. 40, 42,43
19. Ministerio de Salud - Dirección General de Salud de las Personas-

Dirección Ejecutiva de Atención Integral de salud v.01 “norma técnica para la atención integral de salud en la etapa de vida adulto”
Lima 2005

20. Morales Sánchez, v. y Correal Naranjo, j. Calidad y Satisfacción en los servicios. 2003.
21. Norma de Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, Dirección General de Salud de las Personas- Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud, Ministerio nacional de salud - Lima 2005
22. OPS. OMS. 1986. Metodología de la investigación. Reproducido de: Manual para el desarrollo de salud. OPS. OMS. Lima, S.A. de C.V. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública. 283 p.
23. Peña Pérez, Belem, Terán, M., Moreno F., y Bazán M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE., México, 2009
24. Ramírez Suarez, Roció. Calidad de vida en pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morella, México, 2008
25. Revista de Salud Pública de Medellín. Enfermedad Renal Crónica Terminal. Colombia. Junio 2011. (Citado 10 diciembre 2012). Disponible en:
<http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/sites/sobportal>
26. Roció Ramírez Suárez. “Calidad de Vida en pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria en el centro Estatal de Atención Oncológico de Morella. México. 2008”. P.20-40. Disponible en:
<http://biblioteca.virtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream>
27. Sáenz Carhuamaca, Zhenaida, “Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida en el servicio de quimioterapia del Hospital Nacional Cayetano Heredia” Lima- Perú 2010 pág. 48-52.

28. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión arterial:
SLANH-2003
29. Vicente Pérez Balseiro. Aspectos Psicológicos del paciente con
Insuficiencia Renal Crónica (Citado 14 Diciembre 2013). Disponible:
<http://es.wikipedia.org/wiki/calidad/Miedo>
30. Zurita Garza, Calidad de la Atención de la Salud. Lima 1999.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belén Peña Pérez “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en Clínica de Medicina Familiar Orientada del ISSST”. *Revistas Médicas Mexicanas. Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas*, Vol. 14 Núm. 2 Abril-Junio, 2009, pp.53-61. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47312308002.pdf>
2. Bech P. Quality of life in Psychosomatic research. A Psychometric model. *Psychopathology* 1987; 20: 169-179.
3. Bousoño García M, González García-Portilla MP, Pedregal Sánchez J, Bobes García J. Calidad de vida relacionada con la salud. *Monografías de Psiquiatría* 1993; 5(6): 12-17.
4. Esto facilitará la intervención en base a los indicadores más relevantes que definen una vida de calidad (Schalock, Gardner y Bradley, 2007/2009; Schalock y Verdugo, 2002/2003, 2007; 2008; Schalock, Verdugo, Bonham, Fantova y van Loon, 2008; Verdugo, 2006, 2009).modelo de calidad de vida individual (Schalock y Verdugo, 2002/2003, 2007)
5. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of life Measurements. *JAMA* 1994; 272(8): 619-626.
6. Maslow AH. *Toward a psychology of being*. 2ed. Princeton: Van Nostand;1968.
7. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. Ginebra: World Health Organization; 1978.
8. Orley J, Kuyken W, editores. *Quality of life Assessment: international perspectives*. Berlín: Springer-Verlag; 1994.
9. Patrick DL, Bergner M. Measurement of health status in the 1990s. *Ann Rev Public Health* 1990; 11:165-183.

10. Rodríguez, (2010) Enfermedad renal crónica: causas y prevención.
Disponible en pág. Minsa Perú
11. Rylander A. Impacto del tratamiento antipsicótico en la evaluación de la calidad de vida. Consideraciones Metodológicas. Sexto Congreso Europeo de la Asociación Europea de Psiquiatría; 1992 Nov; Barcelona, España.
12. Schipper H, Clinch J, Powell V. Definitions and conceptual issues. En: Spilker B, editor. Quality of life assessment in clinical trials. New York: Raven Press; 1990. p. 11-25.

INTRANET

- Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
- TESIS: ww.unac.edu.pe/documentos/organizacion/.../CONTENIDO.pdf

ANEXO

INDICE DE ANEXOS

	Pag
A. Operacionalización de la variable	86
B. Instrumento	87
C. Consentimiento Informado	89
D. Prueba Binomial - Juicio de Expertos	90
E. Libro de Códigos	91
F. Tabla de Matriz	93
G. Validez del Instrumento	94
H. Medición de la variable “Calidad de Vida”	95
I. Datos generales en el paciente ambulatorio con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015	98
J. Calidad de vida del paciente en el paciente ambulatorio con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015.	99
K. Calidad de vida según la Dimensión Física del paciente ambulatorio con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015.	101
L. Calidad de vida según la Dimensión Psicológica en el paciente ambulatorio con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015.	102

ANEXO A: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
La calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica Terminal en el servicio de hemodiálisis.	Según la Organización Mundial de la Salud, Es la respuesta cognitiva sobre su enfermedad y los efectos secundarios de la hemodiálisis y conocer el impacto que provoca en su bienestar físico y psicológico.	Dimensión física Dimensión Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de realizar diferentes tareas. Signos : <ul style="list-style-type: none"> Cefalea Nauseas Vómitos Calambres Dolor Movilización Sueño Capacidad de trabajo Creencias Religiosas Relación Interpersonal Relación familiar Relación de pareja Relación amical Miedo Ansiedad Autoestima Incertidumbre Significado de la vida Actitud frente a la enfermedad Alegría Tristeza 	<p>SALUDABLE</p> <p>POCO SALUDABLE</p> <p>NO SALUDABLE</p>	Es la respuesta del paciente sobre la impresión que tiene en relación a su enfermedad y cómo repercute está en su calidad de vida en las diferentes dimensiones físicas y psicológicas. Y que será evaluada a través de una encuesta y el instrumento será la escala de Likert modificada con un valor final de totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni desacuerdo, desacuerdo y totalmente en desacuerdo.



UNMSM-FM-UPG

ANEXO B

INSTRUMENTO – CALIDAD DE VIDA SF-36 V2

PSEE-2015

PRESENTACION:

Estimado Sr. o Sra.:

Muy buenos días, soy la Srta. Flor M. Carrasco Reyes, estudiante de **Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos**, en coordinación con el “**Hospital Nacional Dos de Mayo**”, estoy realizando un estudio dirigido a mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis.

Por consiguiente es muy importante y necesario que usted responda sinceramente las preguntas; la información que usted proporcione es de carácter anónimo. Le agradecemos, anticipadamente su valiosa colaboración. Marque con una X lo que corresponda.

DATOS GENERALES:

1. **Edad:** Años.

2. **Sexo:** señale en el cuadro

Masculino	1
Femenino	2

3. **Grado de instrucción:** señale en el cuadro

Primaria	1
Secundaria	2
Superior	3
Analfabeto	4

4. **Procedencia:** señale en el cuadro

Lima sur	1
Lima norte	2
Lima este	3
Provincia	4
Otros: especificar	5

5. **Situación laboral:**

1. Dependiente 2. Desempleado 3. Independiente

6. **Tiempo de Enfermedad**

1. > 3 meses a < 2 años
2. > 2 años a < 5 años
3. > 5 años a más.

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una lista de afirmaciones muy comunes. Señalar con una aspa (x) la frecuencia	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Ni desacuerdo Ni desacuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
DIMENSION FISICA (DURANTE EL ULTIMO MES)					
1. Mi salud está mejorando	5	4	3	2	1
2. Realizo actividades cotidianas tales como barrer, cocinar, limpiar y correr.	5	4	3	2	1
3. Realizo actividades cotidianas como bañarme y vestirme	5	4	3	2	1
4. Realizo actividades cotidianas en menos tiempo	5	4	3	2	1
5. Me molesta los calambres durante y después de la diálisis	1	2	3	4	5
6. Me molesta los cambios de presión arterial (presión alta y baja)	1	2	3	4	5
7. Me molesta las náuseas y vómitos	1	2	3	4	5
8. Me siento con energía después de la diálisis	5	4	3	2	1
9. Me molesta las restricciones en la dieta y en líquidos	1	2	3	4	5
10.El dolor me restringe a realizar tareas en la casa o fuera de ella	1	2	3	4	5
11.Mi tratamiento me causa problemas en mi trabajo	1	2	3	4	5
12.Me molesta no poder viajar a causa de mi enfermedad	1	2	3	4	5
13.Me siento limitado en mi trabajo a causa de mi tratamiento	1	2	3	4	5
14.He perdido el interés por la actividad sexual con su pareja	1	2	3	4	5
DIMENSION PSICOLOGICA (DURANTE EL ULTIMO MES)					
15.Ir a su tratamiento le hace sentir triste	1	2	3	4	5
16.Me siento intranquilo (a), ansioso la mayor parte del tiempo	1	2	3	4	5
17.Los cambios repentinos en mi estado de ánimo no afecta mi salud	5	4	3	2	1
18.Me siento tranquilo de como enfrento mi enfermedad	5	4	3	2	1
19.Me siento triste al pensar en mi enfermedad y el futuro que me espera	1	2	3	4	5
20.Me deprimó por la incapacidad de no volver a tener hijos	1	2	3	4	5
21.Me siento bien por mi nuevo aspecto físico: por la fístula o catéter	5	4	3	2	1
22.Me siento bien conmigo mismo	5	4	3	2	1
23.Recibo apoyo emocional por parte de mi familia y mi pareja	5	4	3	2	1
24.El tratamiento que recibo interfiere en mi vida familiar	1	2	3	4	5
25.Disfruta de sus Pasatiempos igual que antes	1	2	3	4	5
26.Mantiene contacto con sus amigos	1	2	3	4	5

iii MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION!!!

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO,.....

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015”. Habiendo sido informado (a) del propósito, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en la investigadora utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

.....

FIRMA

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado paciente:

La investigadora del estudio por el cual Ud. Ha mantenido su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con Ud. A guardar la máxima confidencialidad de la investigación, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de la investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

ATT.

FLOR MARITZA CARRASCO REYES

AUTORA DEL ESTUDIO

ANEXO D

PRUEBA BINOMIAL Y JUICIO DE EXPERTOS

ITEM	JUECES								V DE AIKEN
	1	2	3	4	5	6	7	8	0.004
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Se ha considerado:

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa.

ANEXO E

LIBRO DE CODIGOS

I DATOS GENERALES			
	N° PREGUNTA	CATEGORIA	CODIGO
1	EDAD	18 - 29 AÑOS	1
		30- 39 AÑOS	2
		40 - 59 AÑOS	3
		60 AÑOS A MAS	4
2	SEXO	MENINO	1
		FEMENINO	2
3	GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	1
		SECUNDARIA	2
		SUPERIOR	3
		ANALFABETO	4
4	SITUACION LABORAL	DEPENDIENTE	1
		DESEMPLEADO	2
		INDEPENDIENTE	3
9	TIEMPO DE TRATAMIENTO	> 3 MESES A < 2 AÑOS	1
		> 2AÑOS A < 5 AÑOS	2
		> 5 AÑOS A MAS	3

DIMENSION FISICA					
7 (+)	5	4	3	2	1
8 (+)	5	4	3	2	1
9 (+)	5	4	3	2	1
10 (+)	5	4	3	2	1
11 (-)	1	2	3	4	5
12 (-)	1	2	3	4	5
13 (-)	1	2	3	4	5
14 (+)	5	4	3	2	1
15 (-)	1	2	3	4	5
16 (-)	1	2	3	4	5
17 (-)	1	2	3	4	5
18 (-)	1	2	3	4	5
19 (-)	1	2	3	4	5
20 (-)	1	2	3	4	5
DIMENSION PSICOLOGICA					
21 (-)	1	2	3	4	5
22 (-)	1	2	3	4	5
23 (+)	5	4	3	2	1
24 (+)	5	4	3	2	1
25 (-)	1	2	3	4	5
26 (-)	1	2	3	4	5
27 (+)	5	4	3	2	1
28 (+)	5	4	3	2	1
29 (+)	5	4	3	2	1
30 (+)	5	4	3	2	1
31 (+)	5	4	3	2	1
32 (+)	5	4	3	2	1

ANEXO F : TABLA MATRIZ

DATOS GENERALES							DIMENSION FISICA													DIMNSION PSICOLOGICA												
ENCUEST.	1 EDAD	2 SEXO	3 GRADO INSTRUC.	4 LUGAR PROCED.	5 SITUACION LABORAL	6 TIEMPO ENFER.	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	48	1	3	3	1	2	4	4	5	3	1	1	5	2	4	4	4	2	2	5	4	4	2	2	4	5	2	4	4	2	4	2
2	54	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	2	5	3	5	5	4	2	3	3	4	4	4	3	3	5	2	3	4	3	4	3
3	26	2	3	3	3	2	4	4	4	2	2	2	4	2	3	4	4	2	4	4	2	4	2	4	2	4	4	3	4	2	4	4
4	59	1	1	1	2	3	2	4	4	2	2	2	5	3	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	3	4	4	2	4
5	41	1	3	3	1	2	4	4	4	4	2	2	4	2	2	4	2	2	2	2	4	4	4	4	2	3	2	4	4	4	2	4
6	28	1	3	4	3	1	4	4	5	4	2	2	4	2	4	4	4	2	4	5	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4
7	53	2	2	3	1	3	4	4	5	2	2	2	5	2	2	2	2	2	2	5	5	2	4	4	2	5	4	2	4	4	2	4
8	65	1	3	2	2	3	4	5	5	3	1	1	1	1	1	1	1	5	5	3	1	1	3	5	1	1	5	5	3	3	3	1
9	35	1	3	4	1	2	2	4	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	4	4	2	2	4
10	68	1	4	3	2	2	2	2	4	3	3	2	2	4	2	3	4	2	4	2	4	3	4	4	2	2	2	4	4	2	2	4
11	55	1	2	2	1	3	4	4	4	4	4	4	4	2	3	2	4	2	2	1	4	4	4	4	3	5	4	4	2	2	3	4
12	66	2	1	1	2	1	2	4	4	4	2	2	4	2	5	2	4	1	4	2	2	1	1	5	4	2	4	2	5	5	1	4
13	27	1	3	2	1	3	3	4	5	2	1	3	3	4	1	5	1	1	1	5	5	4	2	5	4	4	1	5	5	4	5	4
14	60	1	1	3	3	2	2	5	5	2	2	2	5	2	1	2	2	2	2	4	2	4	2	3	2	4	2	2	4	4	2	3
15	62	1	2	4	2	3	4	4	5	5	5	4	2	2	3	3	1	1	2	3	4	4	2	5	2	3	3	3	3	2	3	5
16	29	2	3	2	1	1	4	4	4	3	2	1	5	1	1	2	2	5	5	4	4	4	2	4	5	5	1	4	5	1	2	4
17	70	1	4	3	3	3	1	3	4	4	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	3	2	5	1	1	3	5	1	3
18	56	1	3	1	2	3	3	4	4	2	2	2	4	2	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	2	2	4	4	4	2	2
19	44	2	2	2	1	2	3	4	5	3	2	2	2	2	4	3	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	4	4	4
20	67	1	2	4	3	3	4	4	4	2	3	3	4	4	3	3	2	2	1	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	2	4	4
21	68	1	1	2	2	3	4	4	4	4	5	5	5	3	2	2	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	2	2	4	4	2	4
22	60	2	3	3	3	3	4	4	4	3	5	3	3	3	2	5	5	1	2	4	4	4	4	3	2	4	3	3	5	2	2	5
23	38	1	3	1	1	1	3	4	4	3	5	5	5	3	5	5	4	3	3	1	5	5	1	5	5	4	1	5	1	5	5	5
24	64	1	2	2	3	3	4	3	3	3	5	3	5	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3
25	56	2	1	3	1	3	4	5	5	5	5	3	5	3	3	5	3	1	5	5	5	3	2	3	4	3	2	3	5	1	5	5
26	61	2	4	2	3	3	4	4	4	2	4	3	4	2	4	1	3	3	4	2	3	4	4	4	3	3	3	5	5	3	3	4
27	51	1	2	1	1	3	3	4	4	3	5	5	5	1	3	5	5	5	3	3	5	5	1	4	5	5	5	5	4	1	3	4
28	62	1	4	2	1	2	4	3	5	5	5	4	5	3	3	3	4	3	4	5	4	3	3	4	3	3	2	4	5	2	4	4
29	45	1	3	2	2	3	3	4	4	4	2	3	4	2	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	5	4	4	4	2	3	4
30	58	1	2	1	1	3	3	4	4	4	5	5	5	3	3	5	4	4	4	3	3	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	3

ANEXO G

VALIDEZ ESTADISTICA DEL INSTRUMENTO

Para la validez estadística, se aplicó la fórmula de ítems test coeficiente de correlación de R de Pearson, obteniéndose:

$$r_{xy} = \frac{\sum (x - \bar{x})(y - \bar{y})}{\sqrt{[\sum (x - \bar{x})^2][\sum (y - \bar{y})^2]}}$$

Este coeficiente permitió conocer la validez de cada ítem:

Ítem 7: r=0.64	Ítem 20: r=0.31
Ítem 8: r=0.15	Ítem 21: r=0.76
Ítem 9: r=0.18	Ítem 22: r=0.58
Ítem 10: r=0.34	Ítem 23: r=0.05
Ítem 11: r=0.51	Ítem 24: r=0.23
Ítem 12: r=0.61	Ítem 25: r=0.57
Ítem 13: r=0.59	Ítem 26: r=0.39
Ítem 14: r=0.28	Ítem 27: r=0.34
Ítem 15: r=0.58	Ítem 28: r=0.21
Ítem 16: r=0.59	Ítem 29: r=0.41
Ítem 17: r=0.56	Ítem 30: r=0.55
Ítem 18: r=0.2	Ítem 31: r=0.65
Ítem 19: r=0.37	Ítem 32: r=0.42

Los ítems con coeficiente de correlación $R > 0.20$ son válidos; por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de los ítems excepto por los ítems N° 23 Y 30.

ANEXO H

MEDICION DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA

Se utilizó la Escala de Estanones, en la Curva de Gauss, a fin de obtener los intervalos para las categorías de valor final tanto de forma global como por dimensiones:

$$\bar{X} \pm (0,75 S)$$

Dónde:

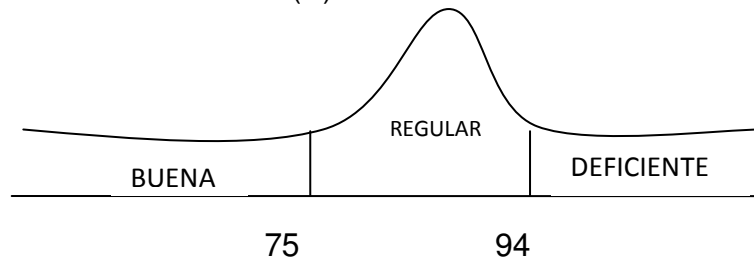
- \bar{X} = Promedio
- S = Desviación Estándar

PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE CATEGORÍAS EN LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA GLOBAL

1. Se calculó el promedio : $\bar{X} = 84.9$
2. Se calculó la Desviación Estándar : $DS = \sqrt{S^2} = 12.61$
3. Se estableció los valores de a y b respectivamente:

$$\bar{a} = \bar{x} - 0.75 (S) = 75.45$$

$$\bar{b} = \bar{x} + 0.75 (S) = 94.3$$



CATEGORIAS : INTERVALOS

- Saludable : 95 - 107
- Poco Saludable : 75 - 94
- No saludable : 51 - 74

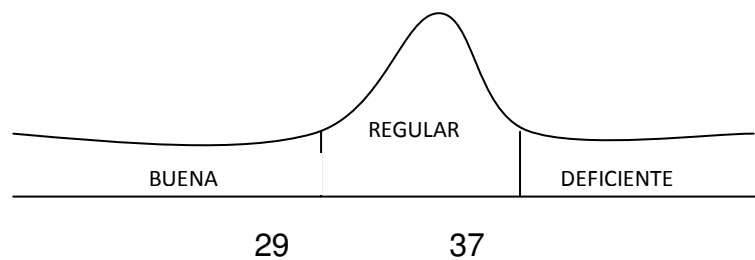
CATEGORIZACION POR DIMENSIONES

DIMENSION FISICA

1. Se calculó el promedio : $\bar{X} = 32.9$
2. Se calculó la Desviación Estándar : $DS = \sqrt{S^2} = 5.7$
3. Se estableció los valores de a y b respectivamente:

$$\bar{a} = \bar{x} - 0.75 (S) = 28.6$$

$$\bar{b} = \bar{x} + 0.75 (S) = 37$$



CATEGORIAS : INTERVALOS

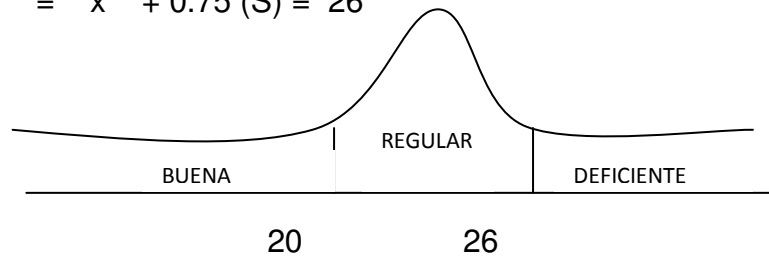
- Saludable : 38 - 43
- Poco Saludable : 29 - 37
- No saludable : 28 - 22

DIMENSION PSICOLOGICA

1. Se calculó el promedio : $\bar{X} = 23$
2. Se calculó la Desviación Estándar : $DS = \sqrt{S^2} = 4.41$
3. Se estableció los valores de a y b respectivamente:

$$a = \bar{x} - 0.75 (S) = 19.7$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (S) = 26$$



CATEGORIAS : INTERVALOS

- Saludable : 27 - 28
- Poco Saludable : 20 - 26
- No saludable : 15 - 19

ANEXO I

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE CALIDAD DE VIDA EN LOS
PACIENTES AMBULATORIOS CON ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA TERMINAL EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, 2015**

		FRECUENCIA	
EDAD		N°	%
18 - 29 AÑOS		4	13
30- 39 AÑOS		2	7
40 - 59 AÑOS		13	43
60 AÑOS A MAS		11	37
TOTAL		30	100
SEXO			
MENINO		22	73
FEMENINO		8	27
TOTAL		30	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN			
PRIMARIA		5	17
SECUNDARIA		9	30
SUPERIOR		12	40
ANALFABETO		4	13
TOTAL		30	100
SITUACION LABORAL			
DEPENDIENTE		13	43
DESEMPLEADO		8	27
INDEPENDIENTE		9	30
TOTAL		30	100
TIEMPO DE TRATAMIENTO			
> 3 MESES A < 2 AÑOS		4	13
> 2AÑOS A < 5 AÑOS		8	27
> 5 AÑOS A MAS		18	60
TOTAL		30	100
LUGAR DE PROCEDENCIA			
LIMA SUR		6	20
LIMA NORTE		11	37
LIMA ESTE		9	30
PROVINCIA		4	13
OTROS		0	0
TOTAL		30	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes ambulatorios que reciben Hemodiálisis en el HNDM, 2015.

ANEXO J

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CALIDAD DE VIDA EN LOS

PACIENTES AMBULATORIOS CON ENFERMEDAD RENAL

CRÓNICA TERMINAL EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL

HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, 2015

ITMS	CATEGORIA						TOTAL	
	SALUDABLE		POCO SALUDABLE		NO SALUDABLE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Mi salud está mejorando	17	57	7	23	6	20	30	100
2. Realizo actividades cotidianas tales como barrer, cocinar, limpiar y correr.	26	87	3	10	1	3	30	100
3. Realizo actividades cotidianas como bañarme y vestirme	29	97	1	3	0	0	30	100
4. Realizo actividades cotidianas en menos tiempo	12	40	10	33	8	27	30	100
5. Me molesta los calambres durante y después de la diálisis	12	40	3	10	15	50	30	100
6. Me molesta los cambios de presión arterial (presión alta y baja)	7	23	7	23	16	54	30	100
7. Me molesta las náuseas y vómitos	22	73	2	7	6	20	30	100
8. Me siento con energía después de la diálisis	3	10	9	30	18	60	30	100
9. Me molesta las restricciones en la dieta y en líquidos	8	27	9	30	13	43	30	100
10. El dolor me restringe a realizar tareas en la casa o fuera de ella	14	47	6	20	10	33	30	100
11. Mi tratamiento me causa problemas	12	40	4	13	25	84	30	100

en mi trabajo								
12. Me molesta no poder viajar a causa de mi enfermedad	6	20	4	13	20	67	30	100
13. Me siento limitado en mi trabajo a causa de mi tratamiento	11	37	5	17	14	47	30	100
14. He perdido el interés por la actividad sexual con su pareja	13	43	7	23	10	33	30	100
15. Ir a su tratamiento le hace sentir triste	8	27	4	13	18	60	30	100
16. Me siento intranquilo (a), ansioso la mayor parte del tiempo	8	27	4	13	18	60	30	100
17. Los cambios repentinos en mi estado de ánimo no afecta mi salud	10	33	5	17	15	50	30	100
18. Me siento tranquilo (a) de como enfrento mi enfermedad	19	63	6	20	5	17	30	100
19. Me siento triste al pensar en mi enfermedad y el futuro que me espera	8	27	7	23	15	50	30	100
20. Me deprimó por la incapacidad de no volver a tener hijos	6	20	7	23	17	57	30	100
21. Me siento bien por mi nuevo aspecto físico: por la fistula o catéter	10	33	5	17	15	50	30	100
22. Me siento bien conmigo mismo	16	53	8	27	6	20	30	100
23. Recibo apoyo emocional por parte de mi familia y mi pareja	25	84	4	3	1	3	30	100
24. El tratamiento que recibo interfiere en mi vida familiar	11	37	4	13	15	50	30	100
25. Disfruta de sus Pasatiempos igual que antes	10	37	7	28	13	43	30	100
26. Mantiene contacto con sus amigos	22	73	5	17	3	10	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes ambulatorios que reciben Hemodiálisis en el HNDM, 2015.

ANEXO K

**CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSION FISICA EN LOS PACIENTES
AMBULATORIOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN
EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE
MAYO, 2015**

ITMS	CATEGORIA						TOTAL	
	SALUDABLE		POCO SALUDABLE		NO SALUDABLE			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
7. Mi salud está mejorando	17	57	7	23	6	20	30	100
8. Realizo actividades cotidianas tales como barrer, cocinar, limpiar y correr.	26	87	3	10	1	3	30	100
9. Realizo actividades cotidianas como bañarme y vestirme	29	97	1	3	0	0	30	100
10. Realizo actividades cotidianas en menos tiempo	12	40	10	33	8	27	30	100
11. Me molesta los calambres durante y después de la diálisis	12	40	3	10	15	50	30	100
12. Me molesta los cambios de presión arterial (presión alta y baja)	7	23	7	23	16	54	30	100
13. Me molesta las náuseas y vómitos	22	73	2	7	6	20	30	100
14. Me siento con energía después de la diálisis	3	10	9	30	18	60	30	100
15. Me molesta las restricciones en la dieta y en líquidos	8	27	9	30	13	43	30	100
16. El dolor me restringe a realizar tareas en la casa o fuera de ella	14	47	6	20	10	33	30	100
17. Mi tratamiento me causa problemas en mi trabajo	12	40	4	13	25	84	30	100
18. Me molesta no poder viajar a causa de mi enfermedad	6	20	4	13	20	67	30	100
19. Me siento limitado en mi trabajo a causa de mi tratamiento	11	37	5	17	14	47	30	100
20. He perdido el interés por la actividad sexual con su pareja	13	43	7	23	10	33	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes ambulatorios que reciben Hemodiálisis en el HNDM, 2015.

ANEXO L

**CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSION PSICOLOGICA EN LOS
PACIENTES AMBULATORIOS CON ENFERMEDADES RENALES
CRÓNICAS TERMINALES EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS EN
DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, 2015**

ITMS	CATEGORIA						TOTAL	
	SALUDABLE		POCO SALUDABLE		NO SALUDABLE			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
21. Ir a su tratamiento le hace sentir triste	8	27	4	13	18	60	30	100
22. Me siento intranquilo (a), ansioso la mayor parte del tiempo	8	27	4	13	18	60	30	100
23. Los cambios repentinos en mi estado de ánimo no afecta mi salud	10	33	5	17	15	50	30	100
24. Me siento tranquilo (a) de como enfrento mi enfermedad	19	63	6	20	5	17	30	100
25 Me siento triste al pensar en mi enfermedad y el futuro que me espera	8	27	7	23	15	50	30	100
26 Me deprimó por la incapacidad de no volver a tener hijos	6	20	7	23	17	57	30	100
27. Me siento bien por mi nuevo aspecto físico: por la fistula o catéter	10	33	5	17	15	50	30	100
28. Me siento bien conmigo mismo	16	53	8	27	6	20	30	100
29. Recibo apoyo emocional por parte de mi familia y mi pareja	25	84	4	3	1	3	30	100
30. El tratamiento que recibo interfiere en mi vida familiar	11	37	4	13	15	50	30	100
31. Disfruta de sus Pasatiempos igual que antes	10	37	7	28	13	43	30	100
32. Mantiene contacto con sus amigos	22	73	5	17	3	10	30	100

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes ambulatorios que reciben Hemodiálisis en el HNDM, 2015.